

Lauri Honkaniemi

**TEKONIVELPOTILAAN PALVELUKETJUN
PROSESSIMITTARIT ALUEELLISEN
SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN
JÄRJESTÄJÄN NÄKÖKULMASTA**

Johtamisen ja talouden tiedekunta
Pro gradu -tutkielma
Kesäkuu 2019

TIIVISTELMÄ

Lauri Honkaniemi: Tekonivelpotilaan palveluketjun prosessimittarit alueellisen sosiaali- ja terveysterveyspalveluiden järjestäjän näkökulmasta
Pro gradu -tutkielma
Tampereen yliopisto
Kauppatieteiden tutkinto-ohjelma; yrityksen laskentatoimi
Ohjaaja: Ihantola, Eeva-Mari
Kesäkuu 2019

Sosiaali- ja terveysterveyspalveluiden tarve on viime vuosina kasvanut selvästi ja tulee tulevaisuudessa kasvamaan entisestään väestön ikääntyessä. Samaan aikaan kuntien mahdollisuudet järjestää asukkaidensa tarvitsemia sosiaali- ja terveysterveyspalveluita ovat heikentyneet niiden kamppaillessa taloustilanteidensa kanssa. Kuntien ahdinko aiheuttaa riskin kansalaisten tarvitsemien palveluiden järjestämiselle ja kansalaisten yhdenvertaiselle kohtelulle. Muun muassa näistä syistä on jo vuosien ajan valmisteltu sosiaali- ja terveysterveyspalveluiden kokonaisuudistusta. Viimeisimmässä uudistusehdotuksessa suunniteltiin palveluiden järjestämisvastuun keskittämistä alueellisille keskitetyille tahoille, jotka ehdotuksessa olisivat olleet maakuntia.

Tässä tutkimuksessa tavoitteena oli tutkia tulevan alueellisen järjestäjätahon tietotarpeita yksittäisen palveluketjun ohjaamiseksi perustuen paikallistasolla tehtyyn valmistelutyöhön. Tutkimuksen teoriaosuudessa perehdytään suorituskyvyn mittaamiseen ja sitä varten kehitettyihin mittaristoihin sekä yleisesti että julkisessa terveydenhuollossa. Empiirisessä osassa esitellään ensiksi kohteena oleva palveluketju sekä avataan sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistehtävää. Tämän jälkeen esitetään varsinainen tutkimusaineisto ja lopuksi tutkimuksen tulokset.

Järjestäjän tietotarpeiden pohjalta laadittiin tekonivelpotilaan palveluketjun suorituskyvyn seurantaan varten mittareita prosessinäkökulmasta. Tutkimus toteutettiin haastattelemalla palveluketjun käytännön työn osaajia sekä maakuntavalmistelussa mukana olleita henkilöitä. Haastatteluaineiston perusteella löydettiin viisi seurattavaa teemaa: palveluketjun tunteminen, joustavuus, kustannusten siirto toimijalta toiselle, palveluketjun toteuttaminen sovitusti ja palveluketjun sujuvuus. Näille teemoille luotiin yhteensä kahdeksan mittaria, joilla alueellisen palveluketjun onnistumista prosessina voitaisiin seurata. Mittariehdotuksen toimivuuden testaaminen toteutettiin asiantuntija-arviona maakuntavalmistelussa mukana olleen tahon avulla. Osa löydetyistä mittareista on yleistettävissä vastaaviin muihin palveluketjuihin ja osa soveltuu vain tekonivelpotilaan palveluketjun seurantaan.

Avainsanat: Palveluketju, suorituskyvyn mittaaminen, prosessinäkökulma, järjestäminen, sote-uudistus

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

SISÄLLYSLUETTELO

1	JOHDANTO	1
1.1	Tutkimuksen lähtökohta	1
1.2	Tutkimusongelma ja rajaukset	2
1.3	Tutkimusote	3
1.4	Tutkimuksen kulku	5
2	TEOREETTINEN VIITEKEHYS	6
2.1	Suorituskyky ja sen osatekijät	6
2.2	Prosessiajattelu	8
2.2.1	Funktionaalinen organisaatio ja prosessiorganisaatio	8
2.2.2	Hoitoketju terveydenhuollon prosessina	11
2.3	Suorituskyvyn mittaaminen	14
2.3.1	Mittaamisen lähtökohdat	14
2.3.2	Strategiset suorituskykymittarit	16
2.3.3	Tasapainotettu mittaristo julkisella sektorilla	19
2.3.4	Mittariston neljä ulottuvuutta julkisessa terveydenhuollossa	22
2.3.5	Aikaisemmat tutkimukset prosessinäkökulmaan liittyen	26
2.3.6	Suorituskykymittariston rakentamisprosessi	27
2.4	Yhteenvedo	30
3	TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTO	31
4	TEKONIVELPOTILAAN PALVELUKETJU	35
4.1	Toimintaympäristö	35
4.2	Taudin kuvaus	36
4.3	Tekonivelpotilaan palveluketju Keski-Suomessa	39
4.4	Alueellinen sote-toimija	42
4.4.1	Järjestäminen ja tuottaminen	42
4.4.2	Sipilän hallituksen sosiaali- ja terveystiedustus	45
4.4.3	Alueellinen toimija sosiaali- ja terveyspalveluissa	46
5	PROSESSIMITTARIT PALVELUKETJULLE	49
5.1	Alueellisen sote-toimijan tietotarpeet	49
5.2	Johdatus palveluketjun prosessimittareihin	51
5.3	Mittaamisen teemat	51
5.3.1	Palveluketjun tunteminen	51
5.3.2	Joustavuus	53
5.3.3	Kustannusten siirto toimijalta toiselle	56
5.3.4	Palveluketjun toteuttaminen sovitusti	60
5.3.5	Palveluketjun sujuvuus	62
5.4	Lopulliset mittarit palveluketjulle	63
6	YHTENVEDO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	67
	LÄHTEET	71
	LIITTEET	76

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimuksen lähtökohta

Sosiaali- ja terveydenhuoltoala elää suurten muutosten keskellä. Vuosia valmistelun alla ollut sosiaali- ja terveystuudistus tulee muokkaamaan toimialan rakenteita uusiksi ja muovaamaan toimintaa nykyistä asiakaslähtöisemmäksi, yhdenvertaisemmaksi, oikea-aikaisemmaksi ja tarkoituksenmukaisemmaksi. Väestön ikääntymisestä johtuva huoltosuhteen kääntyminen epäedulliseen suuntaan kasvattaa terveydenhuollon kustannuksia ja pakottaa tehostamaan toimintaa nykyisestä. Samaan aikaan kun terveyspalvelujen käytön odotetaan jatkuvasti kasvavan, kuntien ja valtion resurssit terveydenhuollon järjestämiseksi pienenevät. Koska sosiaali- ja terveysmenot ovat suurin yksittäinen menoerä kuntien ja valtion taloudessa, on toiminnan tehostaminen välttämätöntä. (Klemola 2015, 15–16; Erhola ym. 2014, 3.)

Koska kuntien taloudellinen tilanne vaihtelee suuresti, niiden mahdollisuudet järjestää kansalaisille välttämättömiä sosiaali- ja terveyspalveluita eivät ole samanlaisia. Tämä aiheuttaa suuren haasteen myös yhdenvertaisuudelle. Saako samoja peruspalveluita samoin perustein ja saman laatuisesti asuinpaikasta riippumatta? Kuntien ahdingon helpottamiseksi ja kansalaisten palveluntarpeiden turvaamiseksi on valtakunnallisesti ja paikallisesti maakuntatasolla selvitetty ja valmisteltu järjestämistoiminnan siirtämistä kunnilta ja kuntayhtymiltä leveämpien hartioiden alueellisille sosiaali- ja terveyspalveluiden toimijoille. Alueellisen sote-toimijan mahdollisuudet ohjata toimintaa paranisivat huomattavasti nykyiseen malliin verrattuna. (”Sosiaali- ja terveyspalvelut”.)

Keski-Suomen keskussairaalassa suoritetaan lonkan ja polven vaativia tekonivelleikkauksia, jotka ovat volyymiltaan niin huomattava toimintakokonaisuus, että tekonivelpotilaan hoitoprosessin optimoiminen on nähty sairaalan ja koko maakunnan toiminnan kannalta tärkeäksi. Vuosittain tekonivelleikkauksia tuotetaan noin 800 ja määrän uskotaan nousevan yli tuhanteen vuositason. Leikkausten määrän odotetaan kasvavan entisestään, mikäli tekonivelleikkauksia keskitetään Keski-Suomen

keskussairaalaan Kuopion yliopistollisen sairaalan erikoisvastuualueella. ("Tekonivelpotilaan hoitoketjun optimointi -projektin projektisuunnitelma".) Tekonivelpotilaan palveluketjun toimintaa on kehitetty erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistyössä viime vuosina. Nykyiset toimijoiden ollessa keskenään tasavertaisia, ei kenelläkään kuitenkaan ole kykyä tai valtuutta johtaa palveluketjua kokonaisuutena yli organisaatiorajojen, mitä asiakaskeskeinen prosessi vaatii toimiakseen optimaalisesti ja tehokkaasti.

Juha Sipilän hallituksen valmisteleman sosiaali- ja terveyspalveluiden kokonaisuudistuksen valmistuttua sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisvastuu olisi siirtynyt itsehallinnollisille maakunnille, jotka olisivat vastanneet myös palveluketjujen ohjaamisesta. Järjestäjät olisivat kyenneet tarkastelemaan prosessia kokonaisuutena irrallaan palvelutuotannosta. Tätä tehtävää varten järjestäjä olisi tarvinnut nykyisiin yksittäisiin järjestäjiin verrattuna laajemmin tietoa palveluketjun toiminnasta. (Erhola 2014, 17, 72–73; Suomen lääkäriliitto 2016; Möttönen 2014, 31.)

1.2 Tutkimusongelma ja rajaukset

Tutkielman tavoitteena on kehittää tekonivelpotilaan palveluketjun seurantaan varten suorituskykymittaristo, jolla voidaan seurata palveluketjunäkökulmasta sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisen järjestäjän kannalta oleellisia suureita. Tutkimusongelmana on siten selvittää, millaista tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon alueellinen järjestäjä tarvitsee ohjatakseen toimintaa. Suorituskykyä voidaan tarkastella monista näkökulmista, joista terveydenhuollon osalta suurin mielenkiinto on perinteisesti ollut vaikuttavuuden mittaamisessa. Koska alueellinen sosiaali- ja terveystoimija tulevana terveyspalveluiden järjestäjänä tulee ohjaamaan organisaatiorajat ylittävää, koko maakunnan kattavaa laajaa prosessia erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon ja sosiaalitoimeen, keskitytään tässä työssä tarkastelemaan tietotarvetta prosessinäkökulmasta.

Taudin kuvan osalta tutkimus rajataan Keski-Suomen keskussairaалassa aloitetun tekonivelpotilaan hoitopolku -projektin mukaisesti lonkan ja polven primaareihin

tekonivelleikkauksiin, jotka on tuotettu Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella. Koska mielenkiinnon kohteena on järjestäjän tietotarve koko palveluketjun näkökulmasta, ei tutkimusta siten ole tarkoituksenmukaista rajata mihinkään yksittäiseen organisaatioon, kuten tavallisesti hoitoketjuja käsittelevissä tutkimuksissa on tapana.

1.3 Tutkimusote

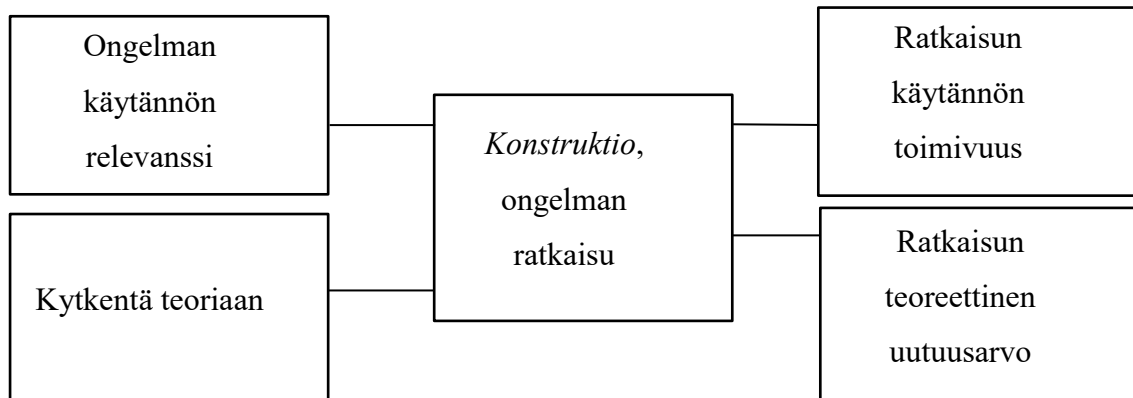
Suomalaisen liiketaloustieteellisen tutkimuksen metodologiset valinnat pohjautuvat usein Neilimon & Näsin (1980) määrittelemiin neljään tutkimusotteeseen: käsiteanalyttiseen, päätöksentekometodologiseen, nomoteettiseen ja toiminta-analyttiseen tutkimusotteeseen. Tätä nelikkoa täydennetään usein Kasanen, Lukkan ja Siitosen (1991) konstruktiivisella tutkimusotteella, jonka voidaan nähdä sijoittuvan kuvion 1 mukaisesti päätöksentekometodologisen ja toiminta-analyttisen tutkimusotteen väliin. Konstruktiivisessa tutkimusotteessa pyritään yhdistämään analyttisen mallinrakennuksen, tieteellisen ongelmanratkaisun ja konsultoinnin parhaat puolet korostaen luovuutta, innovatiivisuutta ja heuristisuutta. (Kasanen, Lukka & Siitonen 1991, 316–317.)

	Teoreettinen	Empiirinen
Deskriptiivinen	Käsiteanalyttinen tutkimusote	Nomoteettinen tutkimusote Toiminta-analyttinen tutkimusote
Normatiivinen	Päätöksentekometodologinen tutkimusote	Konstruktiivinen tutkimusote

Kuvio 1. Tutkimusotteiden nelikenttä (Kasanen ym. 1991, 317).

Konstruktiivinen tutkimus on vahvasti soveltavaa tutkimusta, joka tähtää usein uuden konstruktion eli menettelyn tai välineen määrittelemiseen, millä jokin tietty ongelma

voidaan ratkaista. Konstruktiiviseen tutkimusotteeseen kuuluu myös ratkaistavana olevan ongelman sitominen aiempaan tietoon sekä konstruktion toimivuuden ja uutuusarvon osoittaminen. (Uusitalo 1996, 68–69; Kasanen ym. 1991, 305.) Näitä konstruktiivisen tutkimuksen ominaispiirteitä voidaan havainnollistaa kuvion 2 mukaisesti.



Kuvio 2. Konstruktiivisen tutkimuksen ominaispiirteet (Kasanen ym. 1991, 306).

Kasanen (1986) mukaan varmuus konstruktion käytännön toimivuudesta vie aikaa ja saadaan vasta useiden kokeilujen kautta. Kasanen (1986) esittää testaamiselle kaksivaiheista markkinatestiä:

- 1) *”Onko joku tulosvastuullinen yritysjohtaja ollut valmis käyttämään konstruktiota omassa päätöksenteossaan?”*
- 2) *”Ovatko tulosvastuullisten yksikköjen taloudelliset tulokset parantuneet konstruktion käyttöönoton jälkeen? Ovatko taloudelliset tulokset parempia niissä vertailukelpoisissa yrityksissä, jotka käyttävät konstruktiota?”*
(Kasanen ym. 1991, 306.)

Koska tämän tutkimuksen tavoitteena on kehittää mittareita terveyspalveluiden järjestäjän tietotarpeen täyttämiseksi, on kyseessä konstruktion rakentaminen rajatun ongelman ratkaisemiseksi. Tutkimuksessa ei yllätä toisen markkinatestin läpäisyyn eikä täydellisesti ensimmäisenkään markkinatestin vaatimuksiin, sillä tällä hetkellä ei ole varsinaisesti vielä olemassa organisaatiota, jonka tarpeeseen konstruktiota kehitetään. Konstruktiivinen tutkimusote kuvaa kuitenkin parhaiten tutkielman pyrkimyksiä ja metodologista luonnetta.

1.4 Tutkimuksen kulku

Terveystalouden hoitoprosesseja tarkastelevat toimeksiantotutkimukset ovat pääpiirteissään noudattaneet hyvin samanlaista kaavaa. Tutkimuksia on pääosin tehty terveystaloustieteen sekä tuotantotalouden saralla, mutta vastaava rakenne sopii hyvin myös laskentatoimen tutkimukseen.

Tutkimuksen ensimmäisessä luvussa, johdannossa, esitellään tutkimuksen aihealue, tutkimusongelma sekä siihen liittyvät tavoitteet ja rajaukset, tutkimusote sekä tutkimuksen kulku. Toisessa luvussa käydään läpi tutkimuksen teoreettinen viitekehys, joka sisältää suorituskyvyn ja sen osa-alueiden tarkastelun, prosessiajattelun sekä suorituskyvyn mittaamisen teoreettiset lähtökohdat sekä mittariston rakentamisessa huomioon otettavat seikat. Kolmannessa luvussa kuvataan tutkimuksessa käytetyt tutkimusmenetelmät sekä tutkimusaineistoon kerääminen. Neljäs luku sisältää toimintaympäristön, taudin sekä palveluketjun kuvauksen. Lisäksi tarkastellaan järjestämistehtävää sekä sosiaali- ja terveystalouden kokonaisuudistuksen tavoitteita. Viidennessä luvussa esitellään tutkimusaineistoa sekä siitä johdetut tutkimuksen keskeisimmät tulokset. Kuudennessa luvussa esitetään tutkielman yhteenveto, tutkimustulosten arviointi sekä lopulliset johtopäätökset ja mahdolliset jatkotutkimuskohteet.

2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Tässä luvussa esitetään tutkimuksen kannalta oleellinen teoriatausta. Ensiksi käsitellään suorituskyvyn käsitteitä ja niiden keskinäisiä suhteita. Seuraavaksi tarkastellaan prosessimuotoista toimintaa yleisesti sekä terveydenhuollon näkökulmasta. Tähän liitetään terveydenhuollon suorituskyvyn mittaaminen käyttäen hyväksi tasapainotetun mittariston viitekehystä. Tämän jälkeen tarkastellaan aikaisempia tutkimustuloksia kehitetyistä prosessinäkökulman mittareista. Lopuksi esitetään tavanomaisen suorituskysymittariston kehitysprosessin kulku.

2.1 Suorituskyky ja sen osatekijät

Suorituskyvyn käsitteistö on laaja ja eri termejä käytetään varsin kirjavasti sekä osin toistensa synonyymeinä. Aiemmissa tutkimuksissa termistöä on määritelty varsin runsaasti niin tavanomaisen tavarantuotannon kuin julkisen sektorin saralla. Suorituskyky voidaankin nähdä hyvin moniulotteisena käsitteenä, jonka määrittelyssä tulee ottaa huomioon kaikkien tärkeiden sidosryhmien ymmärrys suorituskyvystä sekä näiden tarpeet pelkän yrityksen voiton maksimoinnin sijaan. (Lönnqvist, Kujansivu & Antikainen 2006, 19–20.)

Tässä tutkimuksessa suorituskyyä tarkastellaan julkisen sektorin näkökulmasta käyttäen hyväksi kirjallisuutta, joka keskittyy vastaavaan aihealueeseen. Perinteisesti suorituskyy voidaan jakaa karkeasti sisäiseen ja ulkoiseen suorituskyyyn riippuen, tarkastellaanko yritystä ulkoapäin vai sen sisältä. Ulkoinen suorituskyy perustuu pääosin yrityksen tarkasteluun kokonaisuutena julkisesti saatavilla olevan tiedon avulla. Sisäinen suorituskyy taas liittyy tätä tarkempaan informaatioon; muun muassa tuotannontekijöihin, kustannuksiin, toimintojen tehokkuuteen. (Rantanen & Holtari 1999, 11–12.)

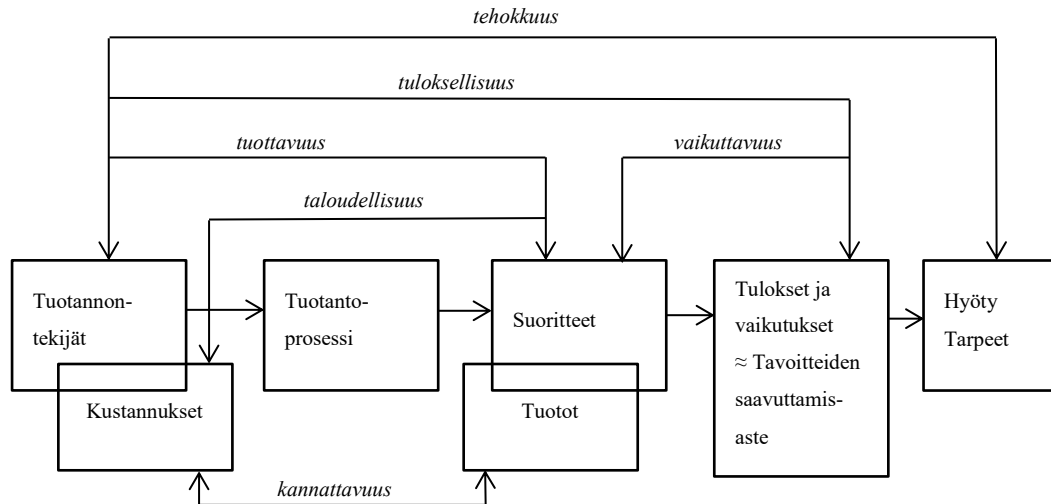
Suorituskyvyllä tarkoitetaan Lönnqvistin ym. (2006, 19) mukaan jonkin organisaatioyksikön menestymistä ja tuloksentekokykyä valitusta näkökulmasta. Laitisen (1998, 279) määritelmän mukaan suorituskyy taas on kyyä aikaansaada

tuotoksia tietyillä ulottuvuuksilla tavoitteisiin nähden. Suorituskykyä itsessään voidaan pitää yläkäsitteenä muille yrityksen menestymistä käsitteleville käsitteille (Lönnqvist ym. 2010, 84). Synonyyminä suorituskyvylle käytetään kirjallisuuden perusteella myös toisinaan tuloksellisuutta (ks. esim. Rautiainen 2004).

Wallinin (1989, 19) mukaan toiminta on tuloksellista, kun se on tuottavaa, taloudellista ja vaikuttavaa. Tuloksellisuuden käsite onkin Suomessa jaettu usein alakäsitteisiin taloudellisuus, tuottavuus ja vaikuttavuus. Näistä taloudellisuuden on ajateltu kuvaavan tuotoksien ja kustannusten suhdetta ja tuottavuuden tuotoksien ja panoksien välistä suhdetta. Vaikuttavuus taas kuvaa vaikutus/tuotos-suhdetta tai yleisesti tavoitteiden toteutumista. Mitä paremmin toiminnan vaikutukset vastaavat sille asetettuja tavoitteita, sitä vaikuttavampana toimintaa voidaan pitää. Vaikuttavuutta voidaan mitata tuottavan yksikön, asiakkaan tai yhteiskunnan näkökulmasta. Toiminnan tavoitteet puolestaan voidaan asettaa yhteiskunnan tai asiakkaan tarpeiden pohjalta. (Rautiainen 2004, 24–27.)

Tuloksellisuuden kokonaisuutta kuvaavia käsitelmalleja ovat esitelleet ainakin Wallin (1989), Meklin (1991) ja Näsi, Hokkanen & Latvanen (2001) sekä Rautiainen (2004). Kaikissa malleissa tuottavuus määritellään tuotannontekijöiden (panokset) ja suoritteiden (tuotokset) väliseksi suhteeksi. Taloudellisuus nähdään niin ikään kaikissa malleissa samalla tavoin: kustannusten ja suoritteiden suhteena, Vaikuttavuuden määrittelyssä sen sijaan on eroja. Meklinin (1991, 73) ja Näsin ym. (2001, 17) malleissa vaikuttavuus on tuotoksien ja kansalaisten tarpeiden, poliittisten tavoitteiden tai vaikutusten suhde kun taas Wallinin (1989, 9) mallissa vaikuttavuus nähdään itse vaikutusten ja tavoitteiden suhteena. Rautiainen (2004) puolestaan määrittelee vaikuttavuuden vaikutusten ja tuotosten suhteeksi.

Meklin (1991) ja Wallin (1989) eivät käytä lainkaan käsitettä tehokkuus, mutta Näsin ym. (2001) mallissa tehokkuus nimetään synonyymiksi tuloksellisuudelle (Rautiainen 2004, 27–30). Rautiainen puolestaan nostaa tehokkuuden tuloksellisuutta laajemmaksi käsitteeksi. Tuloksellisuus voidaan tällöin nähdä taloudellisuuden, tuottavuuden ja vaikuttavuuden yläkäsitteenä, mutta tehokkuus on ”optimaalisen toiminnan tila, jossa tavoitteiden saavuttamista ja yhteiskunnallisen hyödyn maksimointia panoksiin nähden edistetään” (Rautiainen 2004, 32).



Kuvio 3. Tuloksellisuus lähikäsitteineen (mukaillen Rautiainen 2004, 34).

Lönnqvist ym. (2010, 78–85) suorituskyvyn käsitteistössä tuottavuus ja kannattavuus määritellään kuten Rautiaisen mallissa, mutta tehokkuus nähdään määrällisten tuotosten ja panoksen välisenä suhteena. Tehokkuus liittyykin enemmän prosessin sisäiseen suorituskykyyn (vrt. Rautiaisen malli kuvio 3). Vaikuttavuuden tarkastelussa puolestaan korostetaan tuotosten laatua suhteessa vaikutuksiin (Lönnqvist ym. 2010, 83–85). Tässä tutkimuksessa suorituskyvyn osatekijät nähdään kuten Rautiaisen (2004) mallissa, jolloin vaikuttavuus on konkreettista ja mitattavaa kuten tietyn hoitotoimenpiteen (suorite) aikaansaama vaikutus potilaan toimintakyvyssä (tulokset ja vaikutukset). Tehokkuus taas kuvaa laajemmin tietyn potilasryhmän (tekonivelpotilaat) hoitoon uhrattujen tuotannontekijöiden ja tästä kansanterveydellisesti aikaansaatuja hyötyjä (esim. työkyvyn paraneminen) välistä suhdetta. Mallissa tehokkuus alakäsitteineen nähdään selkeänä hierarkkisen rakenteena ja laaja-alaisen tehokkuuden nähdään syntyvän yksittäisistä osatekijöistä.

2.2 Prosessiajattelu

2.2.1 Funktionaalinen organisaatio ja prosessiorganisaatio

Prosessi itsessään on joukko toisiinsa liittyviä, toistuvia toimintoja ja niiden toteuttamiseen tarvittavat resurssit, joiden avulla syötteet muunnetaan tuotteiksi ja

palveluiksi. Tavarantuotantoon keskittyneessä teollisuusyrityksessä prosessi on yleensä selkeämpi kokonaisuus kuin palveluita tuottavassa asiantuntijaorganisaatiossa. Teollisuuden prosessin eri vaiheita voivat olla esimerkiksi hankinta, valmistus, varastointi ja toimitus, jotka seuraavat toisiaan selkeänä jatkumona. Palvelutuotannossa merkittävän muuttujan luo asiakkaan tiivis osallistuminen tuotantoon. Prosessi ei toteudu yhtä kaavamaisesti ja erityisesti asiantuntijatyössä, kuten lääkärikäynnissä, tapahtumat seuraavat toisiaan varsin epämääräisessä järjestyksessä ja tuotos vaihtelee hyvin paljon tilanteesta riippuen. Siksi prosessista ei välttämättä pystytä lausumaan kuin karkealla tasolla. (Laamanen 2009, 19–22.)

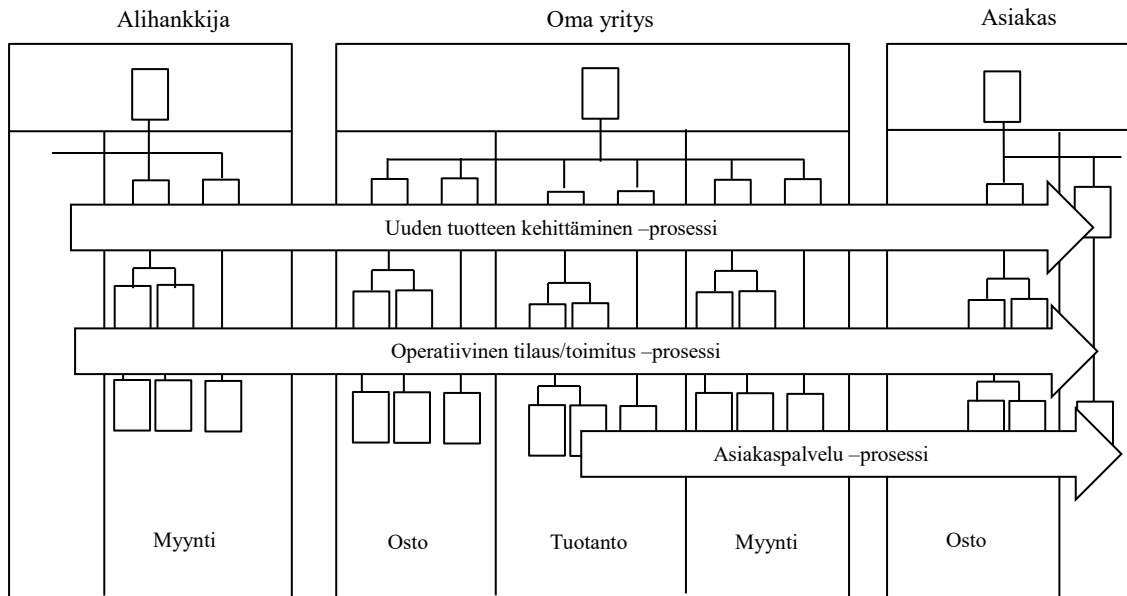
Prosessiajattelua voidaan havainnollistaa parhaiten vertaamalla sitä perinteiseen funktionaaliseen organisaatioon, jossa samanlainen toiminta on keskitettynä samaan organisaatioyksikköön. Tällaisia funktionaalisia yksiköitä voivat olla esimerkiksi osto- ja myyntiyksiköt, varasto sekä tuotanto- ja tuotekehitysyksiköt. (Hannus 1994, 34.) Funktionaalisen jaon tarkoitus on varmistaa työnteon tehokas suorittaminen ja valvonta. Esimerkiksi markkinointiyksikön työntekijät saavat keskittyä työssään vain markkinointiosaamisen hankkimiseen ja hyödyntämiseen. Selkeät työtehtävät mahdollistavat tavoitteiden asettamisen ja valvonnan sekä kehittymisen oman tehtävänsä sisällä. (Laamanen 2009, 15.)

Funktionaaliset yksiköt eivät kuitenkaan ole ongelmattomia. Jokaisen yksikön ohjauksesta vastaa yleensä eri vastuuhenkilö, joka asettaa tulosityksikkökohtaisesti tavoitteita toiminnalle (Laamanen 2009, 16). Tämän seurauksena ajautuu jokainen yksikkö kehittämään lähinnä omaa toimintaansa ja ajamaan vain omia etujaan, jolloin tuloksena on osaoptimointitilanne. Tällöin Funktionaalinen työnjako johtaa usein päällekkäiseen toimintaan yrityksen sisällä sekä sidosryhmien kesken. Rajapinnat yrityksen sisällä voivat muutenkin tuottaa ongelmia. Tuotekehitysosasto saattaa esimerkiksi kehittää uutta tuotetta, jonka valmistamiseen tuotantoyksiköllä ei olekaan olemassa tarvittavia resursseja. Funktionaalisuus ei myöskään tuo asiakkaan näkökulmasta mitään lisäarvoa. Heille on yhdentekevää, millainen sisäinen hierarkia ja vastuunjako hyödykkeen tuottamisprosessissa on, sillä he arvioivat toimintaa horisontaalisesti. (Hannus 1994, 34; Laamanen 2009, 17.)

Prosessiajattelun lähtökohtia ovatkin asiakkaiden tarpeista johdetut koko toimintaa läpileikkaavat ydinprosessit sekä niiden suunnittelu asiakkaan tarpeista lähtien. Tyypillisimpiä ydinprosesseja voivat olla esimerkiksi operatiivinen tilaus/toimitusketju tai uuden tuotteen kehittäminen ja markkinoille vieminen. Ydinprosessit kulkevat yrityksen eri yksiköiden läpi ja ylittävät myös organisaatiorajoja ulottuen yrityksen sidosryhmiin asti. Tällöin esimerkiksi tilaus/toimitusketju voi alkaa alihankkijasta, lävistää kohdeyrityksen ja ulottua aina asiakkaan organisaatioon asti. (Hannus 1994, 31–32.)

Asiakaskeskeisyyden myötä yhteistyö asiakkaan suuntaan paranee ja tämä kokee saavansa parempaa palvelua. Toiminnan kehittäminen tähtää aina koko prosessin kehittämiseen, jolloin osaoptimointitilanne pystytään välttämään. Funktionaalisessa työnjaossa työntekijälle voi olla usein epäselvää, mihin koko organisaation toiminta tähtää ja mikä on muiden osastojen rooli sen täyttämiseksi. Prosessien kuvaaminen on keino tuoda myös henkilöstölle esiin heidän työnsä tarpeellisuus ja työn muodostama lisäarvo yritykselle. Ymmärrys päämäärästä ja muiden toimijoiden toiminnasta voi johtaa terveeseen itseohjautuvuuteen ja oman työn kehittämiseen koko prosessin näkökulmasta. (Laamanen 2009, 22–23.)

Prosessien tarkoituksena on kuvata yrityksen toiminnan logiikkaa. Prosessikuvauksilla pyritään löytämään ja esittämään prosessin kriittiset kohdat yrityksen tavoitteiden saavuttamisen kannalta ja siten kohdistaa mittaaminen näihin. (Laamanen 2009, 37.) Prosessiajattelun mukaan yritys muuntaa ydinsaamiseen liiketoiminnan ydinprosessien kautta hyödyksi asiakkailleen (Hannus 1994, 24). Näitä ydinprosesseja kuvataan yleisesti prosessikartalla (ks. kuvio 4) tai tarkemmin prosessikaaviolla. Prosessikartassa yrityksen perinteiset funktionaaliset yksiköt sekä muut prosessiin liittyvät sidosryhmät esitetään pystypalkkeina, joita lävistävät ydinprosessit. Monet prosessiin liittyvät ongelmat kulminoituvat yleensä ydinfunktioiden välisiin rajapintoihin, jotka esitetään tyhjänä tilana kaaviossa. (Hannus 1994, 44–46.) Prosessikartta on ennen kaikkea viestinnän väline, jolla toiminnan systeemiluonne saadaan näkyväksi, asiakkaan rooli ketjussa tuotua esiin ja parhaimmassa tapauksessa esitettyä yrityksen ansaintalogiikka. Eri ydinprosessien väliset suhteet tulee myös esittää, jotta prosessit eivät näyttäytyisi yksittäisinä putkina, jotka kulkevat organisaation alusta loppuun. (Laamanen 2009, 60.)



Kuvio 4. Ydinprosessit ja ydinfunktiot prosessikartan muodossa (mukaiillen Hannus 1994, 31).

Prosessikaaviolla puolestaan kuvataan yksi ydinprosessi alusta loppuun. Se on vuo- tai työnkulkukaaviomuotoinen tarkempi esitys prosessin etenemisestä vaiheittain aikajärjestyksessä (Hannus 1994, 46). Toimintaa voidaan kuvata moniin eri tarkoituksiin kuten toiminnan ymmärtämiseen, parantamiseen tai esimerkiksi tietojärjestelmien kehittämisen tueksi (Laamanen 2009, 81). Koska tässä tutkimuksessa ei pyritä varsinaiseen prosessin kehittämiseen, ei prosessin kuvaukselta edellytetä yhtä suurta tarkkuutta kuin prosessia parannettaessa tai tietojärjestelmiä kehitettäessä (ks. emt. 81). Tutkimuksessa käytetäänkin julkisesti saatavilla olevaa yksinkertaistettua vuokaaviomallista kuvausta hoitoprosessista. Tämä myös edesauttaa tutkimuksen julkista luonnetta. Tarkemmat prosessikuvaukset voivat toisinaan paljastaa yksittäisen toimijan kehittämiä innovaatioita, jotka samalla toimivat sen kilpailuetuina muihin nähden.

2.2.2 Hoitoketju terveydenhuollon prosessina

Koska terveydenhuollon organisaatiot ovat usein funktionaalisia organisaatioita, ovat niiden suorituskyvyn mittausjärjestelmätkin kehitetty lähtökohtaisesti vain yksittäisen toimijan, kuten sairaalan, näkökulmasta. Potilaat sen sijaan hoidattavat terveydentilaansa liittyvää ongelmakokonaisuutta usealla eri tuottajalla hoitonsa eri

vaiheissa. Suorituskyvyn tarkastelua tulisikin tehdä ensisijaisesti arvoketjunäkökulmasta, joka terveydenhuollossa näyttäytyy potilaan hoitoprosessina tai hoitoketjuna. Hoitoketjut ovat tunnistettuja tai tunnistamattomia ketjuja, joissa kukin terveydenhuollon tuottaja hoitaa potilasta tietyssä ketjun vaiheessa. (Souissi & Itoh 2018, 2255.)

Suomessa hoitoprosessilla tarkoitetaan suunniteltua, eri toimenpiteiden ja hoitotapahtumien muodostamaa toimintasarjaa, joka liittyy potilaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen. Se on useimmiten organisaatiokohtainen eli tarkoittaa vain yhden toimijan suorittamia hoitotapahtumia. Hoitoketju puolestaan on organisaatorajat ylittävä, suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutuva hoitoprosessien muodostama ketju. Yleensä nimitystä hoitoketju käytetään terveydenhoitoon rajautuvissa prosesseissa ja käsitettä palveluketju, kun prosessiin liittyy myös muita kuin terveydenhuollon palveluja kuten sosiaalitoimi. (Silvennoinen-Nuora 2004, 34–35.) Tässä tutkimuksessa käytetään palveluketju-käsitettä varsinkin empiriaosuudessa, sillä tutkittavaan palveluketjuun kuuluu myös sosiaalitoimen palveluja.

Hoitoketjut ovat alueellisiin ja valtakunnallisiin hoitosuosituksiin perustuvia alueellisesti sovittuja toimintatapoja siitä, miten eri terveydenhuollon tasoilla on potilaan sekä järjestelmän kannalta järkevintä hoitaa tiettyntyyppisiä ongelmakokonaisuuksia. (Silvennoinen-Nuora 2004, 34). Hoitoketju ohjaakin, ”kuka tekee hoitosuosituksessa ehdotetut taudin tai oireyhtymän ehkäisyn, diagnostiikan ja hoitoon kuuluvat asiat ja missä” (”Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hoitoketjut”). Asiakaslähtöisessä hoitoketjussa toiminta järjestetään asiakkaan näkökulmasta yhtenäisellä ja merkityksellisellä tavalla, vaikka hoitotyötä toteuttaisi moniammatillinen joukko asiantuntijoita fyysisesti eri paikoissa (Tanttu 2009, 80–81).

Terveydenhuollossa hoitomenetelmien valintaa arvioidaan suhteuttamalla potilaan saamaa hyötyä menetelmien sisältämiin riskeihin sekä käytettävissä oleviin resursseihin klinisen käytännön, kirjallisuuden ja lääketieteellisten tietokantojen perusteella (Kukkonen 2005, 44). Hoitoketjujen taustalla olevien Käypä hoito –suositusten tarkoituksena on toimia käytännön sovellusohjeena hoitotyön tekijöille hoitopäätösten tekemisessä sekä yhtenäistää hoitokäytänteitä kansallisesti ja parantaa hoidon laatua (”Polvi- ja lonkkanivelrikko Käypä hoito –suositus”).

Hoitoketjulla pystytään tuomaan näkyväksi hoitoprosesseja ja kuvaamaan eri vaiheita läpi hoitokokonaisuuden. Tällöin voidaan muun muassa arvioida resurssien oikeaa kohdentumista hoitotyön eri vaiheisiin, paikantaa mahdollisia epätehokkuuskohtia sekä lisätä henkilöstön ymmärrystä omasta roolistaan potilaan hoitotyössä. (Nuutinen 2000.) Hoitoketjuilla on myös mahdollisuus ja toisaalta velvollisuus ohjata potilasta oikean ja luotettavan tiedon pariin, sillä nykypäivänä on saatavissa valtavasti informaatiota myös terveyteen liittyen, eikä kaikki tämä tieto ole eksaktia. Julkiset hoitoketjut voivat toimia myös suunnitteilla olevan potilaan valinnanvapauden tukena potilaan tehdessä hoitoonsa liittyviä päätöksiä osin myös itse. (Nuutinen 2017, 1287.)

Hoitoketjuajattelua on myös kritisoitu muun muassa sen portaittaisuudesta ja kaavamaisuudesta, joka voi pahimmillaan johtaa potilaiden näkemiseen asiakkaiden sijaan passiivisina hoidon objekteina. Hoitoketjuissa saatetaan myös keskittyä liiaksi eri toimijoiden työnjaon kysymyksiin ja unohdetaan, että potilaan ongelmakokonaisuuteen saattaa liittyä useita eri hoitoketjuja. On myös arvioitu, että hoitoketjut sopisivat vain ei-komplisoituneille ideaalipotilaille, joilla hoito näyttäytyy standardinomaisena polkuna. Toisaalta juuri ei-ideaalipotilaat voisivat myös hyötyä eniten hoitoketjun selkeästä suunnitelmasta, kuinka koordinoida hoitoa. Hoitoketjujen saatetaan joskus myös kokea rajoittavan lääkäreiden ammatillista itsenäistä päätöksentekoa. Ne kuitenkin auttavat oikeudenmukaisen ja tasa-arvoisen hoidon saamisessa ja henkilöstövaihdostilanteissa luovat jatkuvuutta käytänteisiin sekä tehostavat viestintää eri osapuolten välillä. (Nuutinen 2017, 1288; Ketola ym. 2006, 8.) Lisäksi hoitoketjujen ongelmaksi voidaan nähdä niitä tuottavien toimijoiden toiminta ja suhteet hoitoketjutyössä. Ketjun tekijät ovat riippuvaisia toisistaan, omina kokonaisuuksinaan monimutkaisia ja jatkuvasti muuttuvia. Lisäksi ketjun toimijoiden väliltä puuttuu selkeä hierarkiasuhde. (Nutti, Noto, Vola & Vainieri 2018, 2254; van der Meer-Kooistra & Scapens 2008, 366).

2.3 Suorituskyvyn mittaaminen

2.3.1 Mittaamisen lähtökohdat

Laskentatoimen perustehtäväksi on jo kauan sitten määritelty yrityksen suorituskyvyn mittaaminen. Alun perin organisaation yhteisten tavoitteiden ja strategioiden valvonta- ja seurantatarkoituksiin kehittynyt ja lähinnä taloudellisiin seikkoihin rajautunut tarkastelu on nykyään laajentunut entistä kokonaisvaltaisemmaksi. (Laitinen 1998, 13; Nani, Dixon & Vollmann 1990.) Käsitteenä suorituskyvyn mittaaminen voidaan määritellä usealla tavalla. Esimerkiksi Hannula & Lönnqvist (2002, 47) näkevät suorituskyvyn mittauksen prosessina, jonka tarkoituksena on ”ottaa selville tai määrittää jonkin mittauskohteen suorituskykyyn keskeisesti liittyvän ominaisuuden tila”. Neelyn (1998, 5) mukaan suorituskyvyn mittaaminen taas on prosessi, jossa ”kvantifioidaan menneisyyden tapahtumat ja nämä tapahtumat edelleen määrittävät nykyistä suorituskykyä”.

Suorituskyvyn mittaukselle on useita eri käyttötarkoituksia (Pekkola 2006, 9). Usein mittaaminen nähdään ohjausprosessina, jossa liiketoiminnallisesti tärkeiden tekijöiden tilaa voidaan määrittää mittareiden tai tunnuslukujen avulla (Klemola 2015, 25). Mittaamisen muita tarkoituseriä voivat olla muun muassa toiminnan kehittäminen, henkilöstön motivointi, tärkeiden tavoitteiden kommunikointi yrityksessä sekä ongelmien havaitseminen (Rantanen & Holtari 1999, 241; Hannula & Lönnqvist 2002, 87).

Kankkusen, Matikaisen & Lehtisen (2005, 93) mukaan mittausjärjestelmän tehtävät voidaan jakaa kahteen: tulostoimintoihin ja prosessitoimintoihin. Tulostoiminnalla tarkoitetaan toiminnan tarkastelua mittareiden valossa jälkikäteen. Tällöin mittaritiedon avulla voidaan tehdä korjaavia toimenpiteitä jatkoa varten. Tuotettua lopputulosta mittaamalla ei kuitenkaan pystytä kehittämään itse prosessia kuin vasta jälkikäteen. Toisinaan viive prosessin toiminnan ja tuloksen välillä on niin pitkä, ettei toiminnan tuloksen ohjaamisella saavuteta riittävää hyötyä, vaan toimintaa on ohjattava ennakolta. Prosessitoiminnoilla pyritäänkin toiminnan ohjaamiseen etukäteen. Prosessitoimintoja

voivat olla esimerkiksi strategian selkiyttäminen, työntekijöiden motivointi ja odotusten kommunikointi työntekijätasolle. (Kankkunen ym. 2005, 93; 96–97.)

Mittausjärjestelmän päätöksentekoa ohjaavat roolit voidaan jakaa kontrollointiin, toiminnan arviointiin ja strategian kyseenalaistamiseen. Näistä kontrollointi tarkoittaa jatkuvaa tärkeimpien parametrien seuranta, minkä avulla pyritään saamaan ennakkovaroitus toiminnasta sen rikkoessa tavoitetason. Toiminnan arvioinnilla taas varmistetaan yrityksen pitkän tähtäimen kannattavuuden tila. Sitä toteutetaan säännöllisesti ja muodollisesti esimerkiksi kuukausittain. Mittausjärjestelmän tuloksilla voidaan myös kyseenalaistaa strategiaa. Mikäli yrityksen strategia ei toteudu, voidaan vaihtaa toimintatapoja tai miettiä strategiaa uusiksi. Tällaista arviointia tehdään edellisiä harvemmin. (Kankkunen ym. 2005, 94–95.)

Itse mittaaminen toteutetaan mittareilla. Lönnqvistin (2006, 29) määritelmän mukaan mittari on menetelmä, jolla voidaan kuvata tietyn menestystekijän suorituskykyä. Mittareita voidaan luokitella usealla tavalla, joista yleisin on jako taloudellisiin ja ei-taloudellisiin mittareihin. Siinä missä rahamääräisten, taloudellisten mittareiden tarkoitus on ohjata liiketaloudellisia tavoitteita, ei-rahamääräiset mittarit ovat organisaation toiminnan eri osa-alueiden konkreettisempia kuvaajia, jotka perustuvat rahamääräisen tarkastelun sijaan muun muassa aikaan, suoritteisiin ja asiakastyytyväisyyteen. Mittareita voidaan luokitella myös objektiivisiin ja subjektiivisiin mittareihin: objektiiviset mittarit keskittyvät usein määrällisen tiedon käyttöön ja subjektiiviset arviotietoon. (Lönnqvist 2006, 30–31.)

Hyvälle mittarille ja mittaristolle voidaan asettaa tiettyjä vaatimuksia. Laitinen (1998, 121) listaa tärkeiksi ominaisuuksiksi relevanttiuden, edullisuuden, validiuden, reliaabeliuden ja uskottavuuden. Relevanttius kuvaa mittarin olennaisuutta tai merkitystä päätöksentekijälle, edullisuus tuotettavan tiedon vaatimia uhrauksia sen merkitykseen verrattuna, validius mittarin kykyä mitata juuri sitä mitä sen on tarkoitettukin mittaavan, reliaabelius tarkkuutta ja uskottavuus päätöksentekijän kykyä luottaa mittarin kertomaan tietoon. (Laitinen 1998, 121–132.) Suomala ym. (2001) lisäävät Laitisen määrittelyyn mittarin helpon ymmärrettävyyden, niiden keskittymisen myös pidemmän aikavälin mittaamiseen, mittareiden kokonaiskuvan linkittymisen syy-seuraussuhdeketjuun sekä mittareiden tulosten tulkinnan ja siten eri

toimintavaihtoehtojen sallimisen. Weetman (2006) puolestaan korostaa mittareiden yksinkertaisuutta. (Klemola 2015, 26.) Purbeyn, Mkherjee & Bharin (2007, 246) mukaan hyvä mittaristo mittaa suorituskkyä useasta näkökulmasta, on validi, reliaabeli ja helppokäyttöinen, linkittyy strategiaan, on herkkä muutoksille, mahdollistaa vertailun ja kehityksen mittaamisen. Hyvällä mittarilla näyttääkin olevan tiettyjä yhteisiä nimittäjiä, jotka tulee ottaa huomioon mittareiden suunnittelutyössä. Toisaalta myös painotuseroja löytyy tutkijasta riippuen

Suorituskyvyn mittaamisprosessin voidaan nähdä koostuvan neljästä päävaiheesta. Ensimmäisessä vaiheessa määritetään mittauskohteet sekä näille sopivat mittarit. Toisessa vaiheessa implementoidaan mittaristo osaksi organisaation rutiineja ja opastetaan henkilökunta mittariston käyttöön. Kolmannessa vaiheessa mittaritietoa voidaan hyödyntää johtamisen tukena ja kehitystyössä ja neljännessä vaiheessa päivitetään mittaristoa mahdollisesti muuttuneiden tarpeiden mukaan, jonka jälkeen prosessi alkaa uudestaan. Jokaisessa vaiheessa tulee lisäksi ottaa huomioon ihmiset, joita mittaus koskee, prosessit, joita mittariston käyttöön liittyy, infrastruktuuri, jota tarvitaan mittariston käyttämiseksi sekä organisaatiokulttuuri, joka vaikuttaa mittaukseen. (Lönnqvist ym. 2006, 12.)

2.3.2 Strategiset suorituskkyymittaristot

Yksittäiset mittarit ja tunnusluvut kuvaavat yrityksen suorituskkyä varsin rajallisesti keskittyen vain pieneen osaan kokonaisuudesta. Ne on suunniteltu pääsääntöisesti yhteen tiettyyn tarkoitukseen kuvastaen tiettyä näkökulmaa mitattavasta suureesta. Suorituskyvyn kokonaisvaltaisessa mittaamisessa luodaan mittaristo, jonka avulla suorituskkyvyn ulottuvuudet sekä sidosryhmät tulevat huomioiduiksi. Tällöin mittaristo rakennetaan yleensä jonkin valmiin viitekehysten mukaisesti. (Rantanen & Holtari 1999, 43–44.) Erilaisten mittaristoviitekehysten erot johtuvat pääosin siitä, millaisia oletuksia niillä on yrityksen menestymiseen vaikuttavista seikoista ja näiden välisistä syy-seuraussuhteista. Yhteistä niille on pyrkimys keskittyä strategian kannalta olennaisten tekijöiden seurantaan, tuloksellisuuteen johtavien eri tekijöiden tasapuoliseen tarkasteluun sekä yrityksen toiminnan yhdenmukaistaminen valittujen tavoitteiden mukaisesti (Kankkunen ym. 2005, 103–104).

Ensimmäinen tunnettu ei-taloudellisia mittareita käyttävä suorituskymittaristo oli Lynchin, Crossin ja McNairin suorituskypyramidi, jonka perustana toimivat laatujohtamisen, kokonaisvaltaisen teollisen suunnittelun ja toimintolaskennan perusteet. Tässä mallissa yritys jaetaan neljään tasoon: korkeimpaan johtoon, liiketoimintayksiköihin, liiketoimintaprosesseihin sekä operatiiviseen tasoon. Hierarkiassa tavoitteet siirretään ylhäältä johdosta alaspäin ja vastaavasti mittareiden tulokset alhaalta ylöspäin kohti johtoa. Eri tasot voidaan myös jakaa ulkoiseen ja sisäiseen tehokkuuteen ja tarkastella näitä erillään. Tässä mallissa henkilöstön ja sen kehittämisen paino on kuitenkin hyvin pieni. (Kankkunen ym. 2005, 109.)

Adamsin ja Robertsin kehittämässä EP²M-mallissa tärkeimmiksi mittauskohteiksi esitetään asiakkaat ja markkinat, tehokkuus ja kyvykkyys, strategian toteutuminen ylhäältä alas sekä omistajuus ja toiminnan vapaus. Tässä järjestelmässä tavoitellaan strategian toteuttamisen ohella jatkuvan muutoksen kulttuurin ylläpitoa. (Kankkunen ym. 2005, 109–110.)

PQM-menetelmällä (Performance Measurement Questionnaire) voidaan kehittää mittareita tarkastelemalla mittausjärjestelmän nykytilaa ja tarkentamalla nykyisiä - tavoitteita neliosaisen kyselyn avulla. Ensimmäisessä osassa kartoitetaan yleistietoja, joilla organisaation eri osien ymmärrys eroja tuodaan näkyviin. Toisessa osassa kartoitetaan kilpailukyvyn tärkeimpiä kehitysalueita ja sitä, miten mittaristo vastaa tähän tarpeeseen. Kolmannessa osiossa kehitysalueita tarkennetaan yksittäisten mittareiden tasolle ja neljännessä osassa, mitä konkreettisia mittareita tällä hetkellä mittaamiseen on käytettävissä. Näiden tulosten pohjalta jatketaan neljään eri analyysiin, jotka auttavat strategisten kehittämisalueiden tunnistamista, merkittävimpien puutteiden tunnistamista, tunnistamaan eri funktioiden tärkeys mittareille ja edelleen varianssianalyysin avulla tarkentamaan, mitkä mittarit koko yrityksen tasolla ovat tärkeimpiä tai vähiten tärkeitä. (Kankkunen ym. 2005, 110–112.)

Kaplanin ja Nortonin 1992 esittelemä Balance Scorecard eli tasapainotettu mittaristo on yksi tunnetuimmista viitekehyksistä suorituskyvyn mittaristolle (Klemola 2015, 26). Perinteisesti se sisältää asiakasnäkökulman, taloudellisen ja sisäisten prosessien näkökulmat sekä oppimis- ja kasvunäkökulman. Mittariston ydintä ovat kuitenkin yrityksen visio, eli tulevaisuuden tavoitetilä - tai julkispuolella missio eli yrityksen

olemassaolon tarkoitus - ja strategia eli keinot vision toteuttamiseksi. (Kaplan & Norton 1992, 72; Rautiainen 2004, 53–57.)

Missio perustuu omistajien, asiakkaiden, henkilöstön ja muiden sidosryhmien arvojen syvälliseen ymmärtämiseen suhteessa siihen, mikä on yrityksen ydinosaaaminen ja strategiset kyvyt. Mission päämäärä on sanella yrityksen suuret toimintalinjat ja arvot ja asettaa strategisen tason tavoitearvot sekä peilata koko yritystä suhteessa sen asiakkaisiin ja kilpailijoihin. Sen tehtävä on myös osoittaa ja perustella tarvittavat suuret muutokset ja kehityskohteet. Missio kuvaa yrityksen tahtotilaa ja ydinideologiaa, joka yleensä pysyy muuttumattomana luoden pysyvyyttä toimintaympäristöön (Hannus 1994, 79; Hannus 2004, 31.)

Missiota tarkentaa yrityksen strategia, joka voi muuttua nopeastikin (Hannus 2004, 31). Strategia voidaan määritellä ja ymmärtää monella tapaa riippuen asiayhteydestä. Se voidaan nähdä sekä päämäärien ja tavoitteiden määrittämisenä että keinoina, joilla näihin päästään. Keinot sisältävät merkittävimpien asiakkuus-, tuotteistus- ja arvovalintojen tekemisen sekä merkittävimmät päätökset ja toimenpiteet, joilla strategisia voimavaroja muutetaan. (Hannus 2004, 9.) Strategian tärkein tehtävä onkin määrittää sitä, minne ja miten organisaatio on menossa tavoitteineen kunakin ajan hetkenä. Strategiset tavoitteet on myös viestittävä kaikkialle organisaatioon siten, että jokaisen yksikön toiminta saadaan kiinnitetyksi lopulta koko osaston ja koko organisaation strategiaan. Tällöin lisätään ymmärrystä tavoitteiden tärkeydestä ja varmistetaan, että yksiköiden toimenpiteet ovat yhteisen strategian mukaisia. (Määttä & Ojala 2001, 25–26.)

Balanced Scorecard –mallissa lähtöajatuksena on se, että liikeyrityksessä taloudellinen tulos on koko yrityksen toimivuuden perusta. Kannattavuus, kilpailukyky, markkinaosuudet ja omistajien tyytyväisyys kuvaavat, kuinka hyvin tässä on onnistuttu. Tasapainotetun mittariston malli tarjoaa perinteiseen panos-tuotosperusteiseen tuloksellisuuden mallintamiseen selkeitä etuja: mittarit valitaan niin, että ne linkittyvät ketjuksi, joka konkretisoi vision ja strategian mitattaviksi suureiksi. Tarkoituksena ei siis ole valita vain yksittäisiä tunnuslukuja kuvaamaan tiettyjä asioita. Koska kaikki mittarit johdetaan strategiasta ja visiosta, niiden käyttö organisaation ohjauksen välineenä paranee. Mittareilla voidaan kommunikoida ja informoida tavoitteita

organisaatiolle ja samalla kontrolloida ja arvioida tavoitteiden täyttymistä. (Lumijärvi 1999, 9–10.)

Mallissa tasapaino näyttäytyy ainakin neljällä tavalla. Rahamääräisiä tunnuslukuja täydennetään ottaen huomioon laadusta ja inhimillisestä näkökulmasta kertovia ei-rahamääräisiä mittareita. Malli pyrkii myös tasapainoon menneisyyden, nykyhetken ja tulevaisuuden tiedon mittaamisessa. Painopistettä pyritään kuitenkin siirtämään menneisyyden toteutumien tarkastelusta tulevaisuuden tilan ennustamiseen, joka ohjaustarkoituksessa on tärkeää. (Lumijärvi 1999, 9–10.) Mittaristossa tulisi olla huomioituna sekä pitkän että lyhyen tähtäyksen tavoitteet. Esimerkiksi vaikuttavuus näyttäytyy vasta vuosien kuluessa, joten myös lyhyen tähtäyksen tavoitteita tulee mitata. Myös ulkoisten mittareiden (omistaja, asiakas) ja sisäisten mittareiden (prosessi, oppiminen ja kasvu) tulisi olla tasapainossa. (Malmi, Peltola & Toivanen 2006, 32–33.)

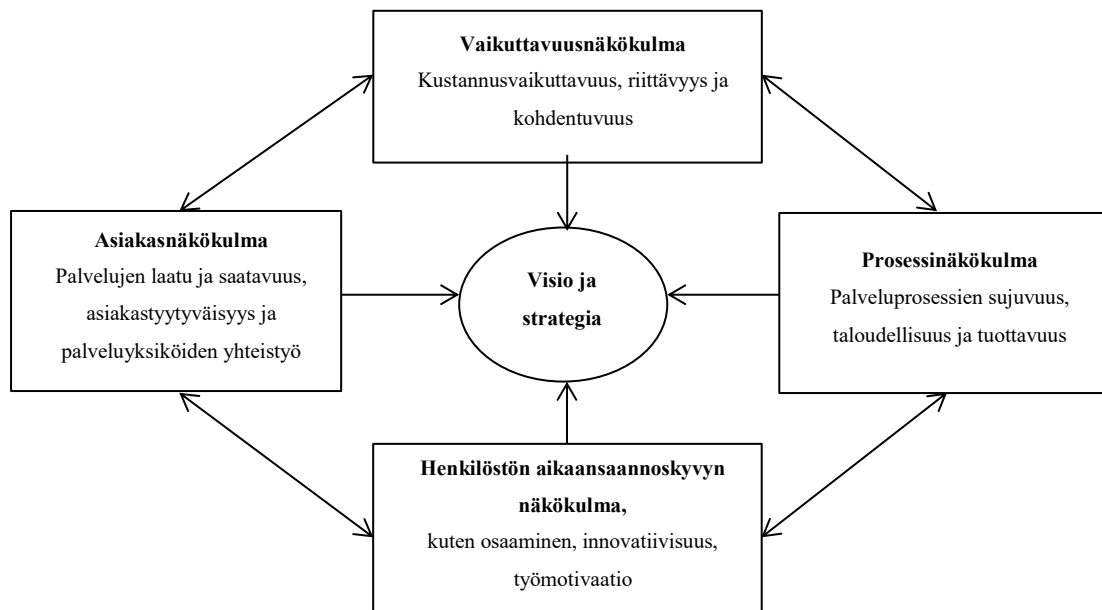
Balanced Scorecardissa nähdään eri ulottuvuuksien välillä olevan tietty syy-seurausketju. Malli olettaa, että yrityksen perimmäisenä tavoitteena on osakkeenomistajien varallisuuden kartuttaminen, jota talousulottuvuus lopulta kuvaa. Jotta yritys menestyy pitkällä aikavälillä taloudellisesti, on sen tuotettava lisäarvoa asiakkaille eli menestyä asiakasulottuvuuden näkökulmasta. Menestyminen näiden näkökulmien valossa puolestaan voidaan nähdä tuloksena liiketoimintaprosesseissa menestymisellä. Viimeinen näkökulma, oppiminen ja kasvu, määrittelee puolestaan ne tekijät, jotka pitkällä aikavälillä mahdollistavat edellisissä näkökulmissa pärjäämisen. (Kankkunen ym. 2005, 104–105.)

2.3.3 Tasapainotettu mittaristo julkisella sektorilla

Yritysmailmaan kehitettyä tasapainotetun mittariston mallia ei kuitenkaan voida sellaisenaan hyödyntää julkisten organisaatioiden tapauksessa, sillä se ei ota tarpeeksi huomioon julkisorganisaatioiden erityispiirteitä. Sen lisäksi, että julkisen palvelukokemuksen tulee täyttää subjektiivinen palvelukokemus kuten yksityisellä puolella, se täyttää monesti myös objektiivisia palvelutarpeita. Esimerkiksi terveydenhuollon on annettava apua tarvitsevalle ja poliisi pitää yllä yleistä järjestystä. Kuntalaisilla tulee olla myös mahdollisuus vaikuttaa palvelujensa sisältöön ja palvelut

itsessään on rahoitettu pääosin vero varoin. Julkispuolen mittaristo tarvitsee myös yksityisestä sektorista poiketen palvelujen riittävyyttä ja kohdentuvuutta kertovia mittareita kuvaamaan palvelutasoa. Myös hyvinvointivaikutus eli niin sanottu vaikuttavuusnäkökulma tulee ottaa huomioon julkisten palvelujen mittaamisessa. (Lumijärvi 1999, 11.) Terveystieteiden tutkimuskeskus toimii myös verrattain tiukkojen lakien ja hoito-ohjeistusten alaisuudessa, on altis poliittiselle vaikuttamiselle ja on poikkeava toimiala niin markkinoiden, tuloksen muodostumisen, omistajuuden kuin tavoitteidenkin kannalta (Astrini & Sumaedi 2014, 2).

Kunnallinen työmarkkinalaitos on aikanaan suosittanut kuntien ja kuntayhtymien tuloksellisuusarviointiin tasapainotettua mittaristoa, joka pohjautuu Ismo Lumijärven (1999) esittämään kunta-alan vastaavaan malliin (Silvennoinen-Nuora 2004, 10; ks. kuvio 5).

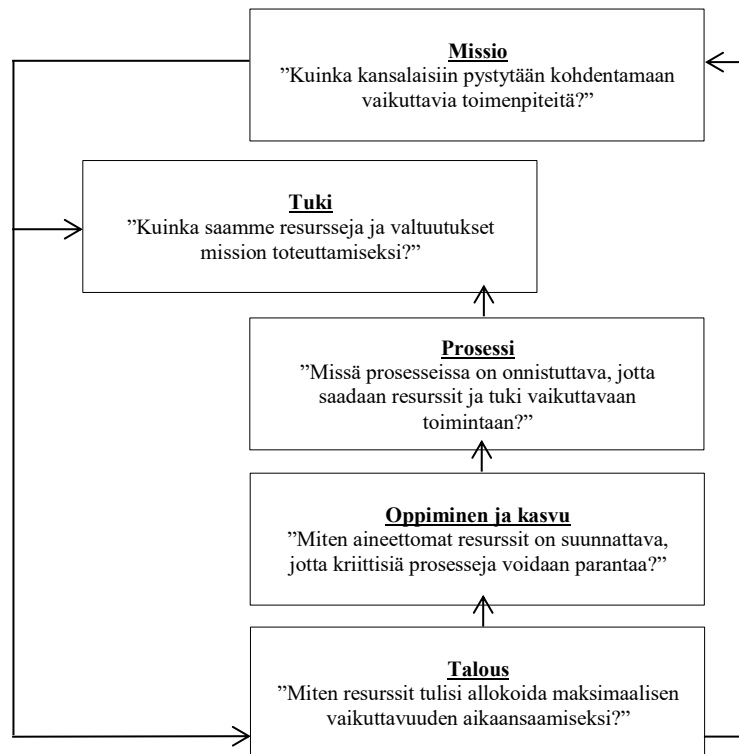


Kuvio 5. Kunnan tuloksellisuusarvioinnin perusnäkökulmat Kunnallisen työmarkkinalaitoksen suosituksen mukaisesti 11.4.2000; 15/2000 (Silvennoinen-Nuora 2004, 10).

Perinteisestä Balanced Scorecard –mallista poiketen näkökulmia ovat vaikuttavuusnäkökulma, prosessinäkökulma, henkilöstön aikaansaannoskyvyn näkökulma sekä asiakasnäkökulma. Vaikuttavuusnäkökulma sisältää palvelujen vaikuttavuuden mittaamisen lisäksi palvelujen riittävyyden, kohdentuvuuden ja

olennaisten kerrannaisvaikutusten mittaamisen. Asiakasnäkökulmassa korostuvat palvelujen laatu ja saatavuus, asiakkaiden tyytyväisyys sekä palveluyksiköiden yhteistyö. Prosessinäkökulma mittaa palveluprosessien sujuvuutta, taloudellisuutta ja tuottavuutta sekä hallittavuutta ja suunnitelmallisuutta. Henkilöstönäkökulma puolestaan sisältää henkilöstön osaamisen, jaksamisen ja viihtyvyyden sekä innovatiivisuuden osa-alueet. Näistä neljästä tärkeimpänä pidetään vaikuttavuusnäkökulmaa, joka voidaan nähdä myös päämääränä julkisessa toiminnassa. (Lumijärvi 1999, 12–14.)

Lumijärven (2002) kerroksittaisuuden ajatuksen mukaan kullakin arvioinnin tasolla tuotetun tiedon tulisi palvella seuraavan tason tavoitteita. Siten voidaan kysyä, miten henkilöstön aikaansaannoskykyyn pitäisi panostaa, jotta tämä edistäisi prosessien sujuvuutta. Tästä seuraten, miten prosessien sujuvuuteen tulisi panostaa, jotta edistettäisiin asiakaspalvelun laatua ja sidosryhmäyhteistyötä ja edelleen, miten asiakasnäkökulmaa tulisi edistää, jotta vaikutukset kasvaisivat. (Silvennoinen-Nuora 2004, 20.)



Kuvio 6. Tasapainotetun mittariston malli julkiselle sektorille Atkinsonin, Kaplanin, Matsumuran & Youngin (2007) mukaan (Klemola 2015, 31).

Atkinsonin ym. (2007) tasapainotetun mittariston mallissa (kuvio 6) korostetaan asiakkaan näkökulmaa ja asiakkaaseen kohdennettavia vaikuttavia toimenpiteitä ja se nostetaan mallin ylätasoon. Tämä missio tarvitsee tuekseen valtuutuksen sen toteuttamiseksi sekä tarvittavat resurssit. Talousnäkökulman avulla tarkastellaan, miten resurssit tulisi allokoida vaikuttavuuden maksimoimiseksi. Oppimisen ja kasvun näkökulma keskittyy aineettomien resurssien oikeaan suuntaamiseen ja prosessinäkökulma oikeissa prosesseissa onnistumiseen tarvittavan valtuutuksen ja resurssien saamiseksi. (Klemola 2015, 31; Atkinson ym. 2007, 419–421.) Yhteinen tekijä julkisen sektorin mittaristokehyksille näyttäisikin taloudellisen näkökulman vähäisempi painotus ja mission tai vaikuttavuuden korostaminen toiminnan päämääränä.

2.3.4 Mittariston neljä ulottuvuutta julkisessa terveydenhuollossa

Julkisen sektorin tasapainotetun mittariston mallia (kuvio 5) voidaan hyödyntää myös julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon mittaristoviitekehyksenä (ks. esim. Silvennoinen-Nuora 2004). Mallissa osatekijät ovat samat: vaikuttavuus, laatu ja asiakastytyväisyys, prosessien sujuminen sekä henkilöstön aikaansaannoskyky. Myös Souissi & Itoh (2018) käyttävät samoja neljää ulottuvuutta luodessaan suorituskykymittaristoa Tanskalaiselle sairaalalle. Näitä eri osatekijöitä on seuraavassa avattu erityisesti julkisen terveydenhuollon näkökulmasta.

Vaikuttavuus

Vaikuttavuutta pidetään sosiaalitoimen ja terveydenhuollon kannalta kaikista tärkeimpänä suorituskyvyn tekijänä (Klemola 2015, 41). Vaikuttavuus tarkoittaa terminä likimain samaa kuin terveyshyöty (Keinänen ym. 2017, 2–3). Härkäpään (2002) mukaan vaikuttavuus ilmenee joko jonkinlaisena muutoksena asiakkaan tilassa tai tilan vakaana pysymisenä (esim. työkyky) (Silvennoinen-Nuora 2004, 12). Terveydenhuollossa suoritus ja siihen liittyvä havaittava vaikutus tapahtuvat usein eri aikaan. Vaikuttavuuden seuranta onnistuuakin pääosin vasta jälkikäteen; joskus vasta pitkän ajan päästä, kuten vaativien leikkausoperaatioiden tai pitkän hoitoprosessin

tapauksissa. Tämän vuoksi mittaristoissa joudutaan usein keskittymään lyhyemmän aikavälin vaikutuksiin. Muutos asiakkaan tilanteessa tarkoittaa käytännössä terveydenhuollon osalta työkykyiseksi palaamiseen kestävää aikaa tai toipumisen nopeutta ylipäänsä. Muita tyypillisiä hoidon vaikuttavuuden arviointimuotoja ovat muun muassa omakohtaiset kokemukset hoidon onnistumisesta, lääketieteellisesti havaitut muutokset potilaan tilassa ja ongelmien uusiutumisen väheneminen. Toteutuneita vaikutuksia voidaan tarkastella myös suhteessa tavoiteltuihin vaikutuksiin tai asiakkaiden tarpeisiin. Voidaan myös kysyä, kuinka monennen asiakkaan kohdalla tavoiteltu vaikuttavuus täyttyy. (Lumijärvi 1999, 15–18.)

Terveydenhuollon ja sairaanhoidon vaikuttavuuden ohessa tarkastellaan usein myös palveluiden riittävyttä ja kohdentuvuutta. Ne kuvaavat tilannetta paikallisen yhteisön näkökulmasta. Riittävyyden tarkastelussa voidaan mitata, kuinka hyvin tarjonta peittää palveluntarpeen ja kuinka pitkään palvelua joutuu jonottamaan. Joissain tapauksissa myös laki asettaa minimivelvoitteet riittävyydelle. (Lumijärvi 1999, 17–18.) Toisaalta peittävyys tarkastelun voidaan nähdä kuuluvan myös asiakasnäkökulmaan (Comacchio, Campioni & Bonin 2017, 7).

Kohdentuvuus puolestaan mittaa, kohdistuuko palveluiden käyttö sitä eniten tarvitseville. Kohdentuvuusaspektin pois jättäminen vaikuttavuuden tarkastelusta, voisi aiheuttaa sen, että asiakkaiksi valitaan vain helpommin hoidettavia tapauksia, jolloin heidän todennäköinen parantumisensa tai kuntoutumisensa on parempaa ja siten toiminta näyttäytyy vaikuttavampana. Tällöin eniten palvelua tarvitsevat karsiutuvat pois. Riittävyttä ja kohdentuvuutta voidaan tarkastella muun muassa palvelun alueellisella riittävyydellä, asiakkaiden määrän suhteella palvelun tarvitsijoiden määrään, jonottavien määrällä ja jonotusajalla sekä palveluihin käytettyjen varojen suhteella kohderyhmään. (Lumijärvi 1999, 17–18.)

Laatu ja asiakastyytyväisyys

Asiakasnäkökulmaan liittyy kiinteästi laatu ja laadun kokeminen. Laatu voidaan nähdä palvelutilanteessa tapahtuvana oikeiden asioiden tekemisenä ja onnistumisena välittömässä kontaktissa, kun taas vaikuttavuus sitä, kuinka vastaava palvelutarve

voidaan jatkossa välttää tai sitä, millaisia valmiuksia kontaktointi on antanut asiakkaalle. Siten palvelun laatua vanhusten kotipalvelussa kuvaa päivittäisten kohtaamisten onnistuneisuus ja vaikuttavuutta puolestaan vanhusten kotona pärjääminen ja kalliin laitoshoidon siirtyminen tulevaisuuteen. Hyvä laatu on aina edellytyksenä hyvälle vaikuttavuudelle. Sitä voidaan mitata sekä subjektiivisina kokemuksina että objektiivisesti havainnoimalla mahdollisia puutteita. Siten esimerkiksi palveluyksikön sijainti ja saavutettavuus suhteessa palveluntarvitsijaan kertoo objektiivisesti laadusta, kun taas subjektiivisina mittareina voidaan käyttää kokemusperäistä tietoa palveluiden käyttäjiltä. Laadun mittaamiseen käytetäänkin hyvin usein erilaisia asiakastyytyväisyyskyselyjä. (Lumijärvi 1999, 18.)

Prosessien sujuvuus

Prosessinäkökulmassa tarkastelun alle saatetaan prosessien sujuvuuden lisäksi tuottavuus ja taloudellisuus. Prosessien sujuvuutta kuvaavat esimerkiksi läpimeno- ja jonotusajat ja etenkin terveydenhuollossa jonotuskysymykset ovat julkisen keskustelun kohteena tasaisin väliajoin. Kuten aiemmin jo todettiin, tuottavuus mittaa suoritteiden ja panosten määrän suhdetta. Sitä voidaan tarkastella joko kokonaistuottavuutena tai vain tietyn resurssityypin näkökulmasta esimerkiksi työvoiman tuottavuutena. (Lumijärvi 1999, 21.) Prosessimittareilla voidaan seurata myös sitä, millaisia interventioita potilaalle on tehty. Esimerkiksi aivoinfarktipotilaan tapauksessa voidaan seurata, kuinka monelle on annettu liuotushoitoa. (Keinänen ym. 2017, 3.)

Prosessinäkökulman osaksi voidaan ajatella myös palveluketjun hallinta. Tanttu (2007, 112) jakaa hallintaan vaikuttavat riippuvuustekijät palveluprosessien jatkuvuuteen, palveluketjun sujuvuuteen, toiminnan johtamiseen, asiantuntijayhteistyöhön asiantuntijoiden osaamiseen ja tiedon hallintaan. Edelleen jatkuvuuteen vaikuttavat tekijät voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen: prosessin hallintaan, sovittujen hoitokäytänteiden tuntemiseen ja jatkohoitokäytänteiden tuntemiseen (Tanttu 2007, 124). Lillrankin, Kujalan & Parvisen (2004, 127) mukaan epäonnistuminen prosessin sujuvuudessa aiheuttaa viiveitä, jotka osaltaan kuvaavat prosessin onnistumista.

Taloudellisuudella kuvataan suoritteiden vaatimia kustannuksia. Terveystaloudessa ja sairaanhoidossa voidaan siten laskea esimerkiksi lääkärikäynnin, hoitopäivän tai hoitajakson kustannusta per potilas. Tuottavuuden ja taloudellisuuden mittaamiseen

lisäksi voidaan tarkastella myös kapasiteetin käyttöastetta, joka nimensä mukaisesti kuvaa käytössä olleen kapasiteetin määrää kokonaiskapasiteettiin. Terveysthuollon ja sairaanhoidon tapauksessa käyttöasteen seuranta voidaan toteuttaa esimerkiksi osastoille. Ne sitovat runsaasti resursseja, joten käyttöasteen optimoiminen on toiminnan sujumisen ja taloudellisuuden kannalta tärkeää. (Lumijärvi 1999, 21–22.)

WHO (2000) määrittelee suorituskyvyn osa-alueiksi tehokkuuden, vaikuttavuuden ja joustavuuden. Osa tutkijoista nostaa joustavuuden erilliseksi suorituskyvyn ulottuvuudeksi mittaristoviitekehyksissä. Joustavuudella voidaan mitata järjestelmän kykyä vastata toiminnan monimuotoisuuteen ja muutoksiin. Joustavuutta voidaan tarkastella muun muassa mittaamalla niiden potilaiden määrää, jotka on siirretty sairaalasta toiseen ja näiden siirtoihin käytettyä aikaa. Lisäksi voidaan tarkastella, kuinka helposti sairaala kykenee luomaan uusia toimintamuotoja tai laajentamaan jo olemassa olevia kasvattamatta kuitenkaan käytettyjen resurssien määrää. (Purbey, Mukerhjee & Bhar 2019, 246–248). Koska joustavuutta on toistaiseksi tutkittu vain vähän palveluliiketoiminnassa (emt. 247), sisällytetään se tämän tutkimuksen mittaristoviitekehyksessä prosessinäkökulman alle.

Henkilöstön aikaansaannoskyky

Henkilöstönäkökulma on merkityksellinen palvelutuotantoon keskittyneillä työvoimavaltaisilla toimialoilla (Lumijärvi 1999, 22). Henkilöstövoimavarojen arviointiin kuuluvat muun muassa osaamisen, henkilöstön määrän sekä työyhteisön tarkastelu. Osaaminen voidaan jakaa osaamiseksi ja oppimiseksi, koulutukseksi, kokemukseksi ja uudistumis- ja työkyvyksi sekä vaihtuvuudeksi. Henkilöstömäärän tarkastelussa otetaan huomioon myös ikärakenne sekä henkilöstön työajan kohdentumisen tarkastelu. Työyhteisön ominaisuuksia voidaan mitata työtyytyväisyyden, työolojen, ilmapiirin sekä johtamisen kautta. (Silvennoinen-Nuora 2010, 58.)

Terveysthuoltoalalla henkilöstömäärän ja työhyvinvoinnin kysymykset nostavat aika ajoin päätään. Liian niukat resurssit eivät edesauta prosessien kehittämistä ja innovatiivisuutta, vaan sitä vastoin lisäävät päällekkäisen työn määrää sekä virheitä eikä

työn kehittämiseksi jää tilaa. Lumijärven (2002) mukaan henkilöstöresurssien mittaamisella pyritään saamaan selvyys, onko tietyissä prosessin työvaiheissa juuri sen toiminnan tarvitsemaa työpanosta kuin strategia ja visio edellyttävät. (Silvennoinen-Nuora 2010, 59–60.)

2.3.5 Aikaisemmat tutkimukset prosessinäkökulmaan liittyen

Aiemmat hoitoprosessien suorituskyykyyn liittyvät tieteelliset tutkimukset keskittyvät pääosin hoitoprosessin tarkasteluun yksittäisen toimintayksikön tasolla. WHO:n (2010) mukaan Euroopassa julkinen terveydenhuolto on kuitenkin yleensä järjestetty erilaisten alueellisten tuottajien toimesta, joita ohjaavat alueelliset tai valtion hallinnon tasot. Tällainen organisaatio tarvitseekin hoitoprosessien seuranta, joka ylittää organisaatorajat ja keskittyy prosessiin aidosti potilaan näkökulmasta yksittäisen sairaalan sijaan. (Ignone, Mossa & Ranieri 2013, 86.)

Souissi & Itoh (2018, 208–209) tutkivat suorituskyyvyn mittausta tanskalaisen sairaalan osalta. He määrittivät sairaalatasolla neljä mitattavaa prosessinäkökulman osa-aluetta sekä osastotasolla kolme osa-aluetta. Sairaalatason osa-alueet olivat selkeä sisäinen ja ulkoinen markkinointi, dokumentoitu laatu ja potilasturvallisuus, tehokkaat hoitoketjut ja työnkulut sekä organisaatorajat ylittävä toiminta. Selkeä markkinointi sisälsi mittauskohteina asukkaiden tietoisuuden ja arvion hoitopalveluista, selkeän sisäisen ja ulkoisen kommunikaation sekä medianäkyvyyden. Dokumentoitua laatua ja potilasturvallisuutta mitattiin erilaisilla tarkastuksilla ja akkreditoinneilla. Tehokkaita hoitoketjuja ja työnkulkua kuvattiin muun muassa tarkastelemalla, kuinka paljon eri erikoisaloilla on optimoituja hoitoketjuja sekä palveluiden tavoitteiden noudattamista seuraamalla. Lisäksi mitattiin organisaatorajat ylittävää toimintaa muun muassa seuraamalla sellaisten osastojen määrää, joilla toteutetaan erikoisalat ylittävää hoitoa. Osastotasolla puolestaan seurattiin osaston sisäistä ja ulkoista tunnettuutta, palveluiden muotoilemista asiakkaan henkilökohtaisen tarpeen mukaan sekä nopeaa mukautumista uusiin tehtäviin. (Souissi & Itoh 2018, 208–212.)

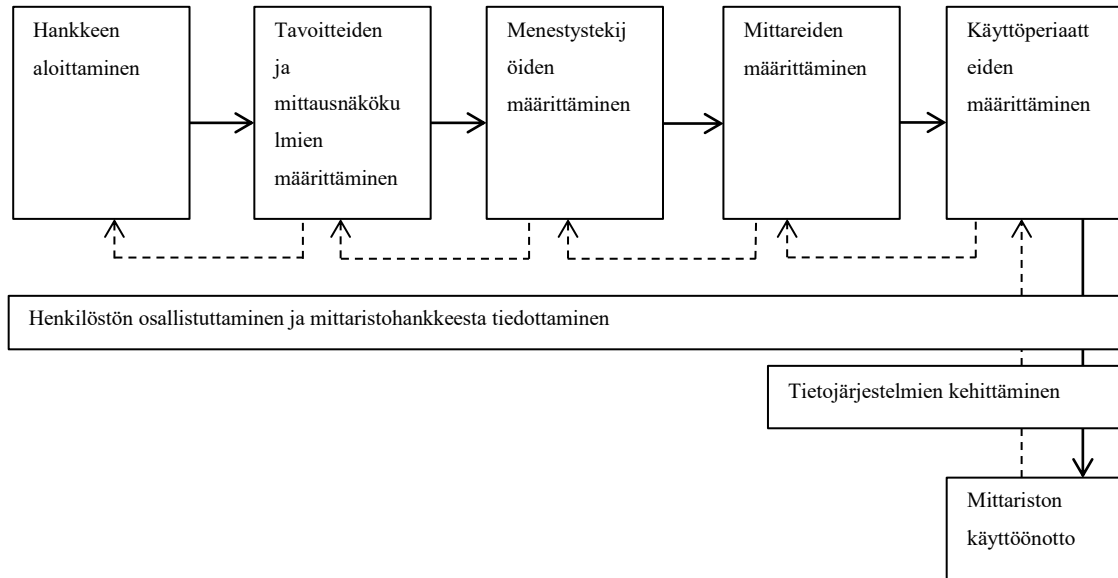
Catuogno, Arena, Saggese & Sarto (2017) tutkivat puolestaan yksittäistä italialaista hematologian osastoa. He valitsivat prosessinäkökulman mittareiksi kuolleisuuden,

euromääräiset investoinnit kotihoitoon ja tukipalveluihin, vuodepaikkojen käyttöasteen, keskimääräisen hoitoajan, uusintakäyntien määrän sekä siirteiden määrän (Catuogno ym. 2017, 6). Suomessa Jukka Uotila työryhmineen kehitti suorituskykyä kuvaavan mittariston raskauden ja synnytyksen sekä vastasyntyneen hoidon prosessille Tampereen yliopistolliseen sairaalaan. He päättivät jakaa prosessinäkökulman kahteen osaan: toiminnan tuloksiin ja sujuvuuteen. Prosessinäkökulman mittareiksi tutkimuksessa muodostuivat perinatologiset tunnusluvut, pienten keskosten kuolleisuus, poliklinikan läpimenoaika, tiedonkulkuongelmia koskevien HaiPro-ilmoitusten määrä ja hätäsektion toteutuminen (Uotila ym. 2010, 3469).

2.3.6 Suorituskykymittariston rakentamisprosessi

Mittausjärjestelmän kehittäminen voidaan nähdä projektina tai prosessina, jossa käyttöönotetaan ja kehitetään alusta loppuun yhtenäinen mittaristokokonaisuus tai keskitytään yksittäiseen pienempään osaprojektiin. Rakentamisprosessi voi yksinkertaisimmillaan olla suoraviivainen ja lyhytkestoinen toteutus tai toisessa ääripäässä monimutkainen ja aikaa vievä projekti useine eri vaiheineen riippuen täysin rakentamisprosessin tavoitteista ja tarkoituksesta. (Kankkunen ym. 2005, 117; Lönnqvist ym. 2006, 99.)

Lönnqvist ym. (2006, 104) kuvaavat asiantuntijaorganisaation suorituskykymittariston suunnitteluprosessia kuvion 7 mukaisesti. Tässä mittariston suunnittelu koostuu viidestä päävaiheesta: hankkeen aloittamisesta, tavoitteiden ja mittausnäkökulmien määrittämisestä, kriittisten menestystekijöiden määrittämisestä ja mittareiden sekä niiden käyttöperiaatteiden määrittämisestä. Vaiheet eivät välttämättä toteudu aina tässä järjestyksessä ja toisinaan ne menevät myös päällekkäin. Henkilöstön osallistaminen suunnitteluprosessiin sekä tietojärjestelmien kehittäminen kulkevat mallissa erillisinä kokonaisuuksina vaiheiden ulkopuolella. Kaavion katkonuolilla kuvataan vertailua edellisen vaiheen määrittäykseen tai paluuta edelliseen vaiheeseen, mikäli suoritettavaa osatehtävää ei kyetä täyttämään. (Lönnqvist ym. 2006, 103–104.)



Kuvio 7. Asiantuntijaorganisaation suorituskymittariston suunnitteluprosessi (mukaillen Lönnqvist ym. 2006, 104).

Mittausjärjestelmän aluksi tulee määritellä tavoitteet ja lähtökohdat sekä syyt mittaamiselle. Ne voivat liittyä esimerkiksi uuden strategian kommunikointiin tai nykyisten prosessien kehittämiseen. Aloite mittaristotarpeelle voi tulla niin organisaation ylimmältä johdolta, keskijohdolta kuin käytännön työntekijöiltä tai asiakkailta. Tällöin tulee huomioida, että eri tasoilla seurannan tarpeet eroavat toisistaan ja mittaristossa tulee muistaa ottaa huomioon myös muiden tasojen tarve. (Kankkunen ym. 2005, 117–119.)

Toinen tärkeä tehtävä projektin alkuvaiheessa on organisaation kiinnostuksen herättäminen mittausjärjestelmä kohtaan. Mittausjärjestelmän vieminen organisaatioon kannattaa usein aloittaa sieltä, missä kiinnostus mittaamista kohtaan havaitaan ja laajentaa onnistuneiden kokemusten saattamana mittauskulttuuria muualle organisaatioon. Koska mittauksia suoritetaan pääosin siellä, missä itse toimintakin tapahtuu, henkilöstön osallistaminen on mittaamisen onnistumisen kannalta elinehto. Henkilöstön osallistaminen jo alkuvaiheessa auttaa myös ymmärtämään mitattavien asioiden valitsemisessa. Suunnittelutyö toteutetaan usein työryhmätyöskentelyn muodossa, jolloin eri puolilta organisaatiota saadaan edustusta ja näkemyksiä. Suunnittelussa voidaan käyttää apuna myös ulkopuolista asiantuntijaa. (Kankkunen ym. 2005, 123–124, Lönnqvist ym. 2006, 105.)

Toisessa vaiheessa määritellään tavoitteet ja mittausnäkökulmat. Tähän liittyy organisaation vision ja strategian täsmentäminen, joiden pohjalta mittarit lopulta johdetaan. Strategia voi toisaalta olla selkeästi määritelty, mutta se saatetaan todeta riittämättömäksi kriittisten menestystekijöiden tunnistamisen kannalta. Tämän jälkeen valitaan mitattavat näkökulmat esimerkiksi tärkeimpien sidosryhmien kannalta tai valmiin määritelmän kuten Balanced Scorecardin mukaan. Tällöin tulee kuitenkin varoa organisaation ominaispiirteiden unohtumista, mikä etenkin asiantuntijaorganisaatioissa tarkoittaa aineettomien tekijöiden merkityksen korostamista. (Lönnqvist ym. 2006, 105–108.)

Kun organisaation toiminnan kannalta tärkeimmät tavoitteet on tunnistettu, johdetaan näistä menestystekijät. Ne voivat olla aineettomia, fyysisiä tai taloudellisia organisaation omien painotusten mukaisesti. Menestystekijät valitaan näkökulmakohtaisesti, missä apuna voidaan käyttää esimerkiksi Balanced Scorecard – tyyppisesti kysymyksiä: “Minkälaista taloudellista suorituskkyä omistajat odottavat meiltä? Mitä meidän on tehtävä asiakkaamme hyväksi saavuttaaksemme taloudelliset tavoitteemme? Missä liiketoimintaprosesseissa meidän tulee onnistua, jotta tyydytämme omistajiemme ja asiakkaidemme tarpeet? Kuinka ylläpidämme kykymme muuttua ja kehittyä, jotta saavutamme visiomme?” Eri näkökulmiin valittujen mittareiden tulisi muodostaa yhtenäinen kokonaisuus ja olla syy-seuraus-ketjussa toisiinsa nähden. Menestystekijöitä saatetaan mittariston kehitysprosessin edetessä joutua myös muokkaamaan esimerkiksi niiden hankalan mitattavuuden vuoksi. (Lönnqvist ym. 2006, 109–112.)

Menestystekijöiden perusteella valitaan lopulliset mittarit. Niillä on jokaisella tietty käyttötarkoitus ja tarkkuus. Sopiva määrä mittareille on yleensä vajaasta kymmenestä reiluun pariin kymmeneen, riippuen mittariston tarkoituksperistä. Mittareiden valitseminen on harvoin helppoa ja suoraviivaista, vaan niitä saatetaan muokata vielä käyttöönoton jälkeenkin, kun mittausaineistoa alkaa kertyä. Mittareiden valinnan lisäksi niille täytyy määrittää käyttöperiaatteet, mikä käytännössä tarkoittaa muun muassa datan kerääjien sekä keräämisfrekvenssin määrittämistä, tietoa tiedon alkuperästä ja tavoitearvoista sekä tarvittavista toimenpiteistä mittarin osoittaessa eri arvoja. (Lönnqvist ym. 2006, 112–116.)

Varsinaisen suunnittelun jälkeen seuraa vielä käyttöönottovaihe, jossa tietojärjestelmiä muokataan niin, että mittaustulokset on niistä saatavissa, koulutetaan henkilöstöä mittareiden käyttöön ja seurantaan sekä validoidaan ja testataan mittareiden laskentaperusteita sekä tuloksia. Tärkeä seikka onnistuneen mittariston luomisen käyttöönotossa on itse mittariston käyttäminen. Ei ole itsestään selvää, että luotua käytetään hyväksi jokapäiväisessä toiminnassa. (Lönnqvist ym. 2006, 118–121.)

2.4 Yhteenveto

Edellä käytiin läpi julkisen terveydenhuollon suorituskyvyn mittaamiseen liittyvää teoriataustaa ja pyrittiin tuomaan esiin terveydenhuollon erityispiirteitä suhteessa tavanomaiseen liiketoimintaan. Koska lähtökohdat toiminnalle eroavat selkeästi näiden kahden välillä, on tarkoituksenmukaista muokata yleisiä teorioita vastaamaan paremmin tutkittavan kohteen ominaisuuksia.

Toiminnan mittaamisen tarkoituksien voidaan katsoa olevan toimialasta riippumattomia. Vaikka julkisen terveydenhuollon toiminnan tavoitteet eroavat monesta muusta toimialasta, vaatii johtaminen ja kehittäminen tuekseen yhtä lailla mittaustietoa. Tasapainotettu mittaristo on toimiva viitekehys myös julkisessa terveydenhuollossa sen alkuperäisistä käyttökohteistaan huolimatta. Toimialan erityispiirteistä johtuen painotus eri tekijöiden suhteen poikkeaa kuitenkin alkuperäisestä. Tässä tutkimuksessa taustalla vaikuttaa muunneltu versio; jo aiemmin mainittu kunnallisen työmarkkinalaitoksen suosittama mittaristoviitekehys, jonka mukaisia vastaavia näkökulmia myös erillisissä kansainvälisissä tutkimuksissa on myöhemmin käytetty.

Onnistunut suorituskykymittariston rakentaminen alusta loppuun vaatii taustalle projektin selkeine tavoitteineen ja vastuineen. Koska tekonivelpotilaan hoitoketjun seuraamiseksi on jo olemassa oleva mittaristo, eikä kohdeorganisaatioilla ole mahdollisuutta perustaa uutta erillistä projektia tutkimusaiheen tiimoilta, ei tutkimuksessa ole syytä noudattaa tarkasti tyypillistä ohjeistusta mittaristokehityksen rakentamisprosessista.

3 TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTO

Tämä tutkimus on luonteeltaan kvalitatiivinen empiirinen tutkimus. Glesnen ja Peshkinin (1992) mukaan kvalitatiivinen tutkimus pyrkii kontekstuaalisuuteen, tulkintaan ja eri toimijoiden näkökulmien ymmärtämiseen (Hirsjärvi & Hurme 2010, 22). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tärkeää, että aineistossa on esillä tutkimusongelman kannalta olennaiset piirteet ollen teoreettisesti merkittävää. Itse aineiston kerääminen, käsittely ja analysointi nivoutuvat tiiviimmin yhdeksi kokonaisuudeksi kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa, jossa voidaan erottaa paremmin näiden vaiheet. Aineistoa voi myös tarvittaessa täydentää, jos analyysi osoittaa, että joltain osin tarvitaan lisätietoa tutkimuskohteesta. Aineisto kerätään yleensä havainnoimalla, haastatteluilla tai olemassa olevien dokumenttien perusteella ja aineistoa itsessään on vaikea saattaa numeeriseen muotoon. (Uusitalo 1996, 80–82.) Empiirisen tutkimuksen kohteena on jokin reaalimaailman ilmiö, jota voidaan tutkia havainnoinnin ja mittaamisen keinoin. Empiirinen tutkimus pyrkii usein selittämään, kuvaamaan, ennustamaan tulevaa tai arvioimaan ja kehittämään toimintaa. (Uusitalo 1996, 61–69.)

Työ on myös case-tutkimus sen keskittyessä yhteen tiettyyn palveluketjuun eli tapaukseen. Vaikka tutkimuksen kohteena on vain yksi palveluketju, uskotaan tutkimuksen tuloksista nousevan myös laajemmin hyödynnettävää tietoa järjestäjän tietotarpeen muodosta. Tapaustudkimukselle on tyypillistä käyttää hyväksi monenlaisia empiirisiä aineistoja (Uusitalo 1996, 76). Tämän tutkimuksen aineistonkeruu toteutettiin puolistrukturoiduin haastatteluin sekä käyttäen hyväksi aiempaa julkaistua ja julkaisematonta kirjallista aineistoa. Julkaisematon aineisto tarkoittaa tässä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin tuottamia dokumentteja palveluketjun kehitystyöhön liittyen.

Teemahaastattelu on luonteva valinta aineiston keräämiseksi, kun tutkittavasta kohteesta on tarkoitus saada syvempi ymmärrys, mutta samalla ohjata haastattelua tiedontarpeen täyttämiseksi. Se sijoittuu avoimen haastattelun ja strukturoidun lomakehaastattelun välimaastoon. Teemahaastattelussa oleellisinta on haastattelun eteneminen kysymysrungon sijaan teemoittain, jolloin tutkittavien ääni sekä tulkinat asioista pääsevät paremmin esille haastattelussa. Teemahaastattelun muita ominaispiirteitä ovat

tieto haastateltavien liittymisestä tutkittavaan ilmiöön heidän omien kokemustensa kautta, tutkijan alustava selvitystyö liittyen tutkittavaan ilmiöön ja sen erityispiirteisiin sekä näiden perusteella valmisteltu haastattelun temaattinen kysymysrunko. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 47–48.)

Tämän tutkimuksen haastattelumenetelmä ei kuitenkaan ollut puhdas teemahaastattelu, vaan teoreettisesta viitekehyksestä nousseet haastatteluteemat oli pyritty purkamaan auki alakysymyksiksi, jotka myös lähetettiin haastateltaville etukäteen. Itse haastattelutilanteessa haastateltavat saivat kuitenkin puhua vapaasti tutkimusteemojen mukaisista aiheista. Haastattelijan rooliksi jäi teemojen alustaminen ja vastausten tarkentaminen sekä tarvittaessa teemojen käsittelyn ohjaaminen alakysymysten avulla. Näin ollen teemahaastattelun olemus säilyi haastattelumenetelmässä.

Haastattelurunko lähetettiin haastateltaville etukäteen. Kysymysten lähettäminen toi konkreettista hyötyä, sillä osa haastateltavista vastasi vastoin haastattelijan odotuksia, ettei tunne kaikkia haastattelurunon mukaisia asioita. Näin haastattelija kykeni muokkaamaan haastattelurunkoa tilanteeseen sopivammaksi ennen varsinaista haastattelua. Jokainen edeltävä haastattelu myös lisäsi haastattelijan ymmärrystä tutkittavasta aiheesta siten, että seuraavalle haastateltavalle kyettiin esittämään tarkempia ja palveluketjuun täsmällisemmin liittyviä kysymyksiä. Aineiston analyysin edetessä osalle haastateltavista lähetettiin vielä jälkeinpäin tarkentavia kysymyksiä, joita muista haastatteluista nousi esiin liittyen aiemmin haastateltujen osa-alueisiin. Osa haastatteluista jouduttiin toteuttamaan puhelinhaastatteluina käytännön syistä. Kaikki haastattelut nauhoitettiin ja purettiin tekstiksi peruslitteroinnin tarkkuudella.

Tutkielmaan haastateltiin eri ammattiryhmien edustajia pyrkimyksenä kattaa koko palveluketju. Yhteensä tutkimukseen haastateltiin viittä henkilöä. Haastattelut toteutettiin kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa tarkoituksena oli selvittää tekonivelpotilaan palveluketjun toimintaa Keski-Suomessa erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen osalta. Erikoissairaanhoidosta haastateltaviksi työhön valikoituivat ortopedi sekä sairaanhoitaja. Perusterveydenhuollosta haastateltiin vain sairaanhoitajaa, mutta perusterveydenhuollon lääkärin näkemyksiä saatiin sähköpostin välityksellä. Sosiaalitoimen asiakastyötä tekeviä asiantuntijoita ei lukuisista yrityksistä huolimatta onnistuttu saada haastateltaviksi. Tätä korvaamaan saatiin

maakuntavalmistelussa mukana ollut sosiaalitoimen asiantuntija kertomaan sosiaalitoimen roolista palveluketjuissa yleisemmällä tasolla.

Ensimmäisen vaiheen haastatteluissa kartoitettiin palveluketjun toimintaa ja sen mahdollisia haasteita sekä toiminnan kannalta ketjun kriittisiä kohtia. Ortopedin haastattelussa selvitettiin myös nykyisiä palveluketjun seurantakeinoja ja näkemyksiä sote-uudistuksessa kaavaillun alueellisen toimijan tietotarpeista tekonivelpotilaan palveluketjun osalta. Koska muut ensimmäisen vaiheen haastateltavat eivät tunnistanee nykyisiä palveluketjun seurantakeinoja eivätkä osanneet arvioida suoraan tulevan maakunnan tietotarpeita, heidän kohdallaan keskityttiin ainoastaan palveluketjun toimintaan.

Toisessa vaiheessa haastateltiin kahta maakuntavalmistelussa mukana ollutta henkilöä. Heidän avullaan pyrittiin selvittämään sote-uudistuksessa kaavailtujen maakuntien tietotarpeita ja integraation merkitystä maakunnassa. Vaikka sote-uudistuksen mukaista maakuntahallintoa ei toistaiseksi olla toteuttamassa, edustavat maakunnat laajuudeltaan esimerkkiä uudessa sote-uudistuksessa luotavista aluetasoista.

Tutkielmassa viitataan haastatteluihin taulukon 1 mukaisesti. Perusterveydenhuollon lääkärille lähetettiin haastattelukutsun yhteydessä sama haastattelurunko kuin ortopedille, mutta tähän saatiin vastauksia vain sähköpostitse. Ortopedin ja maakuntavalmistelijoiden haastattelut toteutettiin normaaliin tapaan ja niiden kesto noin tunnista puoleentoista tuntiin. Hoitajien haastattelut toteutettiin puhelinhaastatteluna. Kestoltaan ne olivat alle puoli tuntia.

<i>Päivämäärä</i>	<i>Koodaus tutkielmassa</i>	<i>Haastattelurungon liite</i>
12.3.2019	Perusterveydenhuollon lääkäri	Liite 1
13.3.2019	Ortopedi	Liite 1
25.3.2019	Perusterveydenhuollon hoitaja	Liite 2
4.4.2019	Erikoissairaanhoidon hoitaja	Liite 3
11.4.2019	Maakuntavalmistelijä I	Liite 4
3.5.2019	Maakuntavalmistelijä II	Liite 5

Taulukko 1. Haastateltavien koodaus tutkielmassa ja viittaukset haastattelurunkoihin

Muodostuneesta haastatteluaineistosta etsittiin epäsuoria ilmauksia sekä konkreettisia asioita, jotka haastateltavat kokivat seuraamisen arvoisiksi, palveluketjun toiminnalle haasteita tuoviksi tai maakunnan intressien mukaisiksi. Näitä ilmaisuja ryhmiteltiin ja pyrittiin löytämään ylätasoon teemoja samankaltaisille ilmaisuille. Yhdistämällä ensimmäisen vaiheen spesifin palveluketjun käytännön elementit aluetason tietotarpeeseen pyrittiin muodostamaan tekonivelpotilaan palveluketjuun liittyviä aluetason mittareita palveluketjun seuraamiseksi prosessinäkökulmasta. Tutkimuksen alustavia tuloksia esiteltiin maakuntavalmistelijä I:lle ja häneltä pyydettiin arviota teemojen ja mittareiden hyödyllisyydestä ja toimivuudesta. Tutkimuksessa esitetään suoria lainauksia haastatteluista. Niiden avulla pyritään selventämään ja osoittamaan tutkijan tekemiä johtopäätöksiä ja tulkintaa aineistosta.

4 TEKONIVELPOTILAAN PALVELUKETJU

Tässä luvussa kuvataan tutkimuksen kohteena oleva toimintaympäristö, tutkimuksen aiheessa valittu tauti oireineen ja hoitokeinoineen sekä tekonivelpotilaan palveluketjun vaiheet Keski-Suomen maakunnassa. Lisäksi esitellään alueellisen sosiaali- ja terveyspalveluiden toimijan käsite ja tulevaa roolia sekä sille kaavailtuja tehtäviä, joita sosiaali- ja terveystuudistuksessa on suunniteltu.

4.1 Toimintaympäristö

Alueellisen palveluketjun pyrkimyksenä on kattaa koko maakunnan alue. Tästä syystä kohteena oleva toimintaympäristö on varsin laaja. Keski-Suomen maakunta koostuu 23 itsehallinnollisesta kunnasta, jotka lähtökohtaisesti vastaavat sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä alueellaan. Perusterveydenhuollon tuottaminen on maakunnassa kunnasta riippuen kunnan itsensä vastuulla, kuntien muodostamien yhteenliittymien tai sairaanhoitopiirin vastuulla. Kunnat myös järjestävät pääosin itse tarvitsemansa sosiaalitoimen palvelut. Tuottajapuolella toimii julkisorganisaatioiden lisäksi myös yksityisiä palveluntarjoajia, mutta nämä eivät ole toistaiseksi vielä mukana tekonivelpotilaan palveluketjussa. (Keski-Suomi 2021 2019, 3–4; Maakuntavalmistelija I 2019; Maakuntavalmistelija II 2019; Ortopedi 2019.)

Maakunnan kunnista kaikki muut lukuun ottamatta Jämsää ja Kuhmoista kuuluvat Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin. Se on Suomen suurin ei-yliopistollinen sairaanhoitopiiri, jonka vastuulla on järjestää ja tuottaa alueellaan erikoissairaanhoidon palvelut. Sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon toiminta jakautuu hallinnollisesti kuuteen palvelualueeseen ja edelleen pienempiin toiminnallisiin kokonaisuuksiin. Tekonivelpotilaiden erikoissairaanhoito keskittyy kirurgian toiminnallisessa kokonaisuudessa tekonivelpoliklinikalle, jossa potilas tapaa ortopedin, fysioterapeutin sekä sairaanhoitajan. Sairaalan leikkausosastolla toteutetaan varsinainen toimenpide ja osastolla 21 hoidetaan kotiutumista odottavia kuntoutuvia tekonivelpotilaita. (”Palvelualueet”; Ortopedi 2019; ”Ortopedia ja traumatologia”.)

Perusterveydenhuollon organisaatioista palveluketjun kehitystyössä ovat olleet erityisesti mukana Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveystakeskus (Jyte), joka jakautuu 11 terveystasemaan sekä Seututerveystakeskus (SeutuTK), joka jakautuu 10 terveystasemaan. Ne toteuttavat tekonivelpotilaan palveluketjun konservatiivista vaihetta omilla terveystasemillaan ja leikkauksen jälkeistä kuntoutusta vuodeosastoillaan.

Sosiaalitoimen palvelujen rakenne vaihtelee kuntakohtaisesti. Esimerkkinä Jyväskylän kaupungin alueella sosiaalitoimen palvelut on jaettu sosiaalipalveluihin, vanhuspalveluihin ja perheiden ennaltaehkäiseviin sosiaali- ja terveystaspalveluihin. Sosiaalipalvelut koostuu lastensuojelusta, aikuissosiaalityöstä ja kuntouttavista palveluista sekä vammaispalveluista. Vanhuspalvelut jakautuu palveluohjaukseen ja kotona asumisen tukemiseen sekä ympärivuorokautiseen asumiseen ja hoitoon.

4.2 Taudin kuvaus

Artroosi eli nivelrikko on maailman yleisin nivelsairaush, jota esiintyy eniten polvissa, lonkissa, sorminivelissä ja selkärangassa (Kiviranta & Järvinen 2012, 125). Arvioiden mukaan länsimaissa sitä sairastaa miehistä noin 10 % ja naisista 18 % (Kannus, 2016). Nivelrikkoon ei ole toistaiseksi olemassa parantavaa hoitoa eikä tarkkaan tiedetä, mikä taudin perimmäinen syy on. (”Nivelrikko”; Vainikainen 2010, 12; Kiviranta & Järvinen 2012, 125–126, 133.)

Nivelrikko voidaan jakaa primaariseen ja sekundaariseen nivelrikkoon. Primaarisessa nivelrikossa taudin syntymiseen ei pystytä osoittamaan tiettyä syytä. Sen taustalla voidaan kuitenkin nähdä osaltaan vaikuttavan perinnölliset, aineenvaihdunnalliset ja tulehdukselliset syyt. (Alaranta, Martio & Österman 1991, 7.) Primaarinen nivelrikko kehittyy anatomialtaan normaaliin niveleen toisin kuin sekundaarinen, jonka taustalla ovat nivelen sairaudet, vammat ja kehityshäiriöt (”Nivelrikko”). Terveessä nivelessä nivelrusto uusiutuu jatkuvasti toisin kuin sairaassa nivelessä, jossa rustoa tuhoavat mekanismit ovat vahvempia kuin sitä korjaavat. Nivelruston kulumisen ei ole mekaanista kulumista, vaan taustalla on biokemiallinen prosessi, joka aiheuttaa

muutoksia luun, nivelkalvon ja rustosolujen aineenvaihdunnassa. (Ahoniemi, Arokoski, Mikkelsen, Pohjolainen & Viikari-Juntura 2015, 192; Vainikainen 2010, 10–12)

Nivelrikko on hyvin erilainen tauti potilaasta riippuen. Oireet ja niiden kokeminen ovat varsin yksilöllisiä eivätkä oireet ja havaitut nivelmuutokset aina edes kohtaa. Osa potilaista voi kokea koviakin kipuja, vaikkei varsinaista löydöstä nivelrikosta vielä ole; tai päinvastoin, jolloin selkeästi todetut nivelmuutokset eivät aiheuta potilaalle minkäänlaisia normaalista poikkeavia oireita. (Vainikainen 2010, 12.) Oireet alkavat yleensä aluksi näkyä rasituksen yhteydessä tai sen jälkeen nivelkipuna; taudin edetessä myös jatkuvana lepokipuna. Nivelten liikkuvuus alkaa heiketä ja aamuisin sekä pitkän paikallaolon jälkeen alkaa esiintyä jäykkyyttä ja liikkeellelähdön vaikeutumista. Toimintakyky heikkenee hiljalleen ja normaalit askareet ja toiminnallisuudet kuten istuutuminen, nouseminen ja pukeutuminen voivat vaikeutua. (Eskelinen & Remes 2015, 6; Kiviranta & Järvinen 2012, 130; Alaranta ym. 1991, 12; Ortopedi 2019)

Taudille altistavina tekijöinä voidaan pitää ikääntymistä, geenejä sekä ylipainoa. Ylipainon nivelrikkoa lisäävä vaikutus voi selittyä nivelpintaan kohdistuvan kuormituksen lisääntymisellä, mutta mahdollisesti myös liikapainon aiheuttamilla metabolisilla ja hormonaalisilla tekijöillä. Myös kuormittava työ huonoine asentoineen sekä urheilulajeissa syntyvät vammat voivat jälkiseurauksena kehittyä nivelrikoksi. (Pohjolainen 2018; Kiviranta & Järvinen 2012, 126–127.)

Nivelrikko diagnosoidaan potilaan kuvaamien oireiden sekä kliinis-radiologisten löydösten perusteella. Nivelrikon kliininen tutkimus sisältää liikkumisen ja nivelen asennon sekä ulkomuodon arvioinnin sekä nivelen liikelaajuuden, turvotuksen, nivelarkuuden ja stabiliteetin tutkimisen. Alaraajoissa oleva nivelrikko voi aiheuttaa muutoksia kävelynopeudessa ja askeltamisessa. Pitkälle edennyt sairaus voi näkyä myös nivelen paksuuntumisena ja nivelten virheasentoina. Yleisin tapa todeta nivelrikko on radiologinen tutkimus. (Kiviranta & Järvinen 2012, 130.)

Nivelrikon hoidossa voidaan tunnistaa kolme eri kokonaisuutta: konservatiivinen lääkkeetön liikehoito, varsinainen lääkehoito sekä kirurginen leikkaushoito. Konservatiivinen hoito on ensisijainen hoitomuoto ennen lääkehoitoa ja operatiivista hoitoa (Eskelinen & Remes 2015, 6; Ortopedi 2019). Nivelrikkoa on mahdollista

ehkäistä varsin pitkälle yksinkertaisin keinoin; painon pitäminen suositusten mukaisissa arvoissa, työssä tarpeettoman nivelten rasituksen välttäminen ja sopiva liikunta auttavat jo paljon. Oikeanlaisen liikunnan tuoma rasitus nivelrustoon auttaa säilyttämään tai jopa parantaa terveen ruston kuntoa ja edistää tulehduksesta toipuvaa rustoa. Nivelten suojana olevat lihakset vahvistuvat liikunnan myötä ja vähentävät riskiä nivelrikon muodostumiselle. (Vainikainen 2010, 14–18.)

Nivelrikkoinen saa usein avukseen fysikaalisia hoitoja tai lähetteen fysioterapeutille. Fysioterapeutti tutkii potilaan kehon asennot, mahdolliset nivelten virheasennot sekä vahvistamista kaipaavat tukevat lihakset. Näiden ja potilaan muiden sairauksien ja kiputilojen perusteella fysioterapeutti ohjeistaa potilasta omatoimisiin lihaskunto- ja venyttelyharjoitteisiin. Myös kävelytyyliä tarkkaillaan ja tarvittaessa hiotaan nivelten kannalta paremmaksi. (Vainikainen 2010, 19; Ortopedi 2019.)

Nivelrikkoon ei ole olemassa parantavaa lääkehoitoa, joten lääkkeellinen hoito keskittyy kivun lievitykseen. Mikäli liikunta ja liikehoidot eivät auta kivun poistamiseen, on perusteltua aloittaa kipulääkitys, jotta kipu ei ota valtaa koko elämästä ja passivoi potilasta täysin. Lääkkeellinen hoito aloitetaan aluksi tarpeen vaatiessa otettavana kipulääkkeenä; tavallisimmin parasetamolilla. Tarvittaessa siirrytään useampiin annoksiin ja tehokkaampiin kipulääkkeisiin kuten ibuprofeiniin, diklofenaakkiin tai naprokseeniin. (Ahoniemi ym. 2015, 194; Vainikainen 2010, 21–22; Kiviranta & Järvinen 2012, 134.)

Alarannan ym. (1991, 13) mukaan ensisijaiset indikaatiot leikkaushoidolle ovat kipu, joka ei muilla hoitomuodoilla poistu sekä nivelen liikerajoitus jäykkyyden tai liikuntakyvyn rajoittumisen muodossa. Nuorten potilaiden kohdalla tekonivelleikkausta pyritään viivyttämään mahdollisuuksien mukaan, sillä asennettavien tekonivelten paikallaan pysyminen on rajallista ja irtoaminen todennäköisempää vuosien kuluessa (Kiviranta & Järvinen 2012, 135). Leikkaushoidon käyttöä vastaan puhuvia ehdottomia syitä on varsin vähän. Aktiivinen bakteerien aiheuttama tulehdus joko nivelessä tai muualla elimistössä sekä merkittävät sairaudet (esimerkiksi sepelvaltimotauti tai insuliinilla hoidettava diabetes), jotka eivät ole hyväksyttävässä hoitotasapainossa, ovat anestesiassa aiheutuvien riskien vuoksi esteitä leikkaukselle. Ehdollisia syitä ovat useat muut sairaudet (esimerkiksi Alzheimerin tai Parkinsonin tauti) sekä potilaskohtaiset

tekijät (ylipaino, tupakointi, hoito-ohjeiden noudattamattomuus). Nämä voivat aiheuttaa komplikaatioita leikkauksessa tai ongelmia toimenpiteen jälkeisessä kuntoutumisessa. Ehdolliset vasta-aiheet eivät suoraan estä leikkaustoimenpiteeseen ryhtymistä, mutta ne on otettava huomioon leikkaukspäätöstä tehtäessä. (Eskelinen & Remes 2015, 7; ”Polvi- ja lonkkanivelrikko Käypä hoito –suositus”; Ortopedi 2019.)

4.3 Tekonivelpotilaan palveluketju Keski-Suomessa

Koska nivelrikkoa pyritään hoitamaan lähtökohtaisesti konservatiivisin keinoin, ei tekonivelpotilaan palveluketjun alkukohta ole välttämättä selkeä. Nivelrikon alkuvaiheen hoidossa tärkeintä on potilaan toimintakyvyn ylläpito ja kehittäminen sekä sairauden pahenemisen estäminen. (Ortopedi 2019.)

Potilaalla voi olla joukko ongelmia, joista kipu polvi- tai lonkkanivelessä saattaa olla viimeinen, jonka tämä mainitsee perusterveydenhuollon vastaanotolla. Ongelmaa aletaan hoitaa aluksi konservatiivisesti ja mahdollisesti lääkitystä apuna käyttäen. Jossain pisteessä, kun tullaan tilanteeseen, ettei konservatiivinen hoito enää auta ja potilas ei pärjää arjessaan, hoitava perusterveydenhuollon lääkäri arvioi, olisiko tekonivelleikkaus mahdollinen juuri kyseisen potilaan kohdalla. (Ortopedi 2019.)

Lääkäri määrää potilaan röntgenkuvaukseen, jonka perusteella arvioidaan, onko nivelessä tekonivelleikkausta vaativa nivelrikko. Tarvittaessa lääkäri voi tehdä paperikonsultaation erikoissairaanhoidon ortopedille, jolta tulee vastaus viikon sisässä. Ortopedi joko ilmoittaa, ettei tekonivelleikkaus näytä juuri nyt vaihtoehtoehdolta ja suosittelee konservatiivisen hoidon jatkamista tai ilmoittaa, että löydös viittaa todennäköisesti nivelrikkoon, joka olisi suositeltavaa hoitaa tekonivelleikkauksella. Tällöin hän ehdottaa käynnistämään hoitoketjun mukaisen optimointiohjelman leikkausta varten. Ortopedi voi myös todeta, etteivät vaivat liity niveleen, vaan ovat lähtöisin todennäköisesti jostain muualta, ja kehottaa ohjaamaan potilaan esimerkiksi etäortopedin vastaanotolle, jossa ongelmaa voidaan tarvittaessa tutkia tarkemmin. Mikäli tekonivelleikkaukseen päädytään, lääkäri ottaa puheeksi suun terveyden, mahdollisen tupakoinnin sekä perussairaudet ja määrää ennalta sovitut

laboratoriokokeet. Samalla hän varaa ajan hoitoketjuun kuuluviin sairaanhoitajan ja fysioterapeutin käynteihin. (Ortopedi 2019; Perusterveydenhuollon hoitaja 2019.)

Myös sosiaalitoimen puolelta otetaan ensikontakti potilaaseen tässä vaiheessa. Potilaalle lähtee kotiin kirje, jossa kysytään alustavasti tarpeista heidän tarjoamilleen palveluille. Mikäli potilas tarvitsee esimerkiksi kotihoidon, kuntoutuksen tai turvan palveluita kuntoutumisensa tueksi, suunnitellaan nämä jo etukäteen. Tällöin potilas ohjataan ottamaan yhteyttä oman alueensa sosiaali- tai palveluohjaajaan. Kotihoidon asiakkaiden kohdalla arvioidaan nykyisten palvelujen riittävyyttä. Sosiaalipalveluiden suunnittelua arvioitaessa huomioitavia asioita ovat mm. itsenäinen pärjääminen kotona leikkauksen jälkeen, kotiympäristöön mahdollisesti tarvittavat muutostyöt kuntoutumisen tueksi, lähipiirin tuki sekä muu mahdollinen palvelujen, turvan ja apuvälineiden tarve. Tarvittaessa potilaan kotiin voidaan ennen tai jälkeen leikkauksen järjestää palveluohjaajan käynti palvelutarpeen tarkempaa selvittelyä varten. (Ortopedi 2019; Perusterveydenhuollon hoitaja 2019.)

Sairaanhoitaja ohjaa tarvittavan optimointityön leikkausta varten. Hänen johdollaan tehdään painon, sokeriarvojen ja verenpaineen seuranta ja tarvittaessa käynnistetään näihin liittyvät normaalit hoitoketjut esim. diabetekseen liittyen. Sairaanhoitajan jälkeen fysioterapeutti tutkii potilaan itse nivelen osalta. Hän voi suositella edelleen konservatiivisen hoidon jatkamista tai puoltaa leikkaushoitoon etenemistä. Samalla hän täyttää potilaan kanssa niveleen liittyen standardoidun Oxford knee score tai hip score – kyselyn ja täyttää tulokset rekisteriohjelmaan, josta tieto välittyy myös erikoissairaanhoitoon. Jos sekä sairaanhoitaja että fysioterapeutti ovat puoltaneet leikkaushoitoon etenemistä, lähettävä lääkäri saa järjestelmän kautta viestin, jonka jälkeen hän voi tehdä potilaalle lähetteen erikoissairaanhoitoon. Sekä sairaanhoitajan että fysioterapeutin vastaanotoilla voidaan keskustella, onko mahdolliselle sosiaalitoimen kotikäynnille tarvetta. (Ortopedi 2019; Perusterveydenhuollon hoitaja 2019.)

Lähetteestä kuukauden sisään potilas pääsee erikoissairaanhoidon yhteisvastaanotolle, mikäli optimointiprosessi leikkausta varten on suoritettu. Yhteisvastaanotolla fysioterapeutit ottavat potilaat vastaan tehden tarvittavat statustarkastukset ja anamneesin eli esitietojen selvittämisen. Ortopedi kiertää potilaiden välillä huoneesta

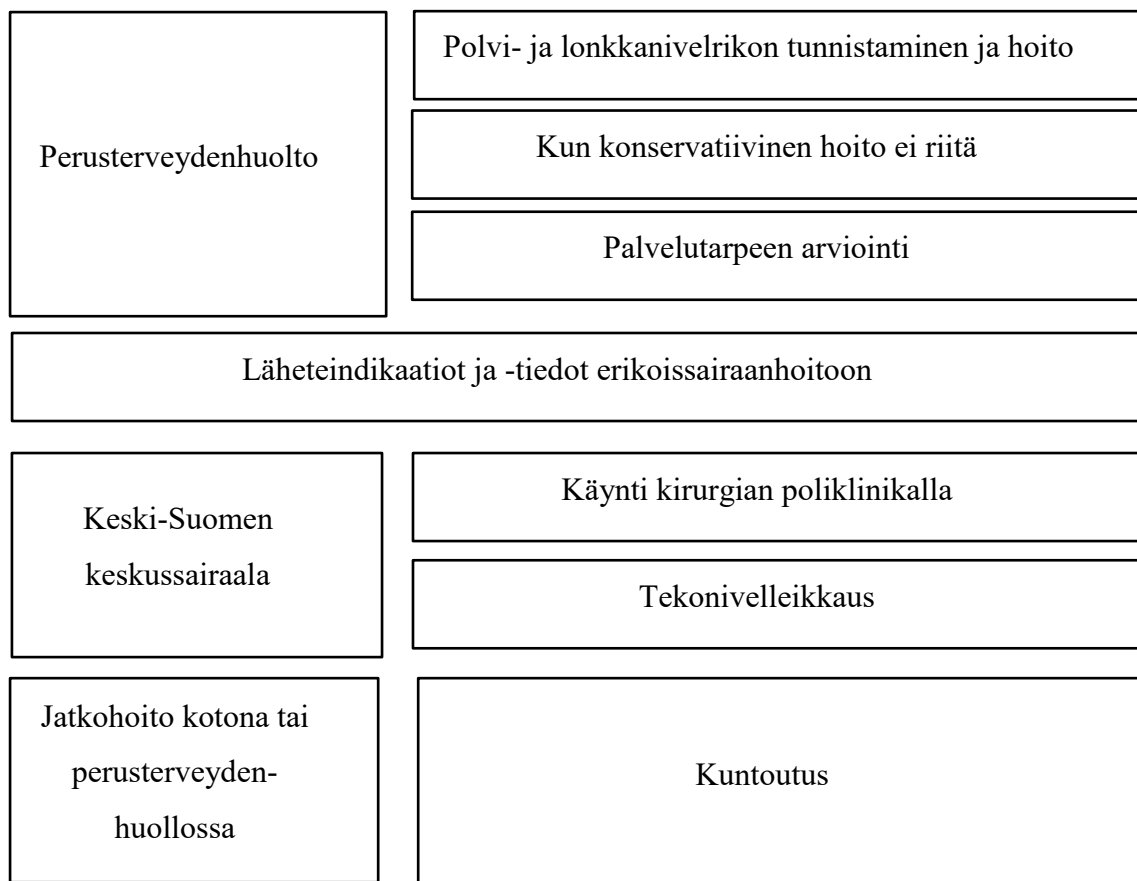
toiseen ja tekee muut anamneesit niveleen liittyen. Seuraavaksi potilaalle tehdään leikkauspäätös ja leikkaussuunnittelu, joiden jälkeen hän pääsee sairaanhoitajan vastaanotolle. Sairaanhoitaja antaa potilaalle ohjeistuksen itse leikkaukseen liittyen. Lopuksi potilaalle annetaan tarkka leikkausaika, mikä osaltaan motivoi potilasta hoitamaan vielä jäljellä olevat asiat omaan terveydentilaansa liittyen. (Ortopedi 2019.)

Pari viikkoa ennen leikkausta potilas käy fysioterapeutin ja sosiaalityöntekijän ryhmäohjauksessa, jossa kerrotaan, mitä eläminen tekonivelen kanssa oikeasti on, ja harjoitellaan sauvojen käyttöä. Samalla sosiaalityö esittäytyy ja kertoo, miten he voivat tarvittaessa auttaa potilasta ja miten heihin voi olla yhteydessä. (Ortopedi 2019.)

Leikkauspäivänä potilaat saapuvat leikkausajankohdasta riippuen porrastetusti preoperatiiviseen yksikköön, jossa vielä tarkistetaan ihon kunto. Potilas leikataan käyttäen puudutusta vain sen verran kuin tarvitaan, jotta leikkauksen jälkeinen mobilisoituminen, eli omin jaloin liikkeelle lähtö, onnistuisi mahdollisimman pian heräämövaiheen jälkeen. Osastolta potilas pääsee kotiutumaan, kun tietyt funktionaaliset toiminnot onnistuvat; potilaan tulee kyetä itse liikkumaan, pukeutumaan ja hoitamaan henkilökohtainen hygieniansa. Potilas kotiutuu keskimäärin kahdessa vuorokaudessa leikkauksesta; Suuri osa jo leikkausta seuraavana päivänä. (Ortopedi 2019.)

Kotiutuksen jälkeen potilailla on kontrolli kaksi kuukautta leikkauksen jälkeen. Fysioterapeutti voi antaa ohjeita kuntoutukseen ja katsoo yhdessä ortopedin kanssa röntgenkuvat. Mikäli kaikki on mennyt kuten suunniteltua, potilaalla on seuraava kontrolli viiden vuoden päästä, mikä toteutetaan lähettämällä uusi oxford-kysely potilaan täytettäväksi. Lisäksi leikattu nivel röntgenkuvataan viiden vuoden välein. (Ortopedi 2019.)

Koko hoitoketjun läpi kulkee omana prosessinaan potilaan ohjaaminen. Potilaille on tuotettu uuden mallin mukaiset ohjeistukset hoitopolkuun liittyen sekä mahdollisuus käyttää mobiilisovellusta hoitoketjun eri vaiheissa. Sovelluksessa on sekä tietoa potilaalle, mutta sillä voidaan myös muistuttaa potilasta leikkauksen optimointiin liittyvistä tehtävistä. (Ortopedi 2019.) Kuvattu palveluketju voidaan esittää ylätasolla kuvion 8 mukaisena vuokaaviona.



Kuvio 8. Tekonivelpotilaan palveluketju Keski-Suomessa (Pamilo ym. 2018).

4.4 Alueellinen sote-toimija

4.4.1 Järjestäminen ja tuottaminen

Nykyistä sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausjärjestelmää on pidetty jokseenkin ongelmallisena. Se ei takaa kansalaisille yhdenvertaisia palveluita johtuen kuntien palvelujärjestelmän rakenteesta ja keskinäisistä eroista. Valtio ei pysty ohjaamaan kuntia ja siten palveluiden laatu ja saatavuus vaihtelee alueittain. Myös kuntien omaa palvelutuotannon tehokkuutta on kritisoitu. (Möttönen 2014, 7.)

Sosiaali- ja terveystalouden rakenne on ollut varsin hajanainen. Palveluiden järjestämisvastuu on ollut hajautettuna sairaanhoitopiirien, kuntien ja erityisvastuualueiden kesken. Perinteisesti kuntien vastuulla on ollut

perusterveydenhuollon sekä sosiaalitoimen palvelut ja kuntien muodostamien sairaanhoitopiirien kontolla erikoissairaanhoidon järjestäminen. Näiden lisäksi osa erikoissairaanhoidon palveluista järjestetään yli sairaanhoitopiirirajojen erityisvastuualueilla. Eri toimijat ovat kehittäneet omaa toimintaansa itsenäisesti, eikä kehitystoimien vaikutuksia muihin nähden ole tuotu esille, eikä tiedon vaihto yli organisaatiorajojen ole toiminut tarpeeksi tehokkaasti. Järjestämisprosessi ei siten ole ollut selkeä kokonaisuus ja sen kehitysyrityksissä on päädytty osaoptimointiin. (Klemola 2015, 18.)

Koska sosiaali- ja terveyspalvelut ovat kuntien suurin yksittäinen menoerä ja terveyspalveluiden käytön odotetaan kasvavan huomattavasti samaan aikaan, kun kuntien ja valtion käytävissä olevien resurssien odotetaan vähenevän, on tarpeen tehdä muutoksia myös koko palvelurakenteeseen. Tämän seurauksena on jo pitkään pohdittu valtakunnallisesti sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämis- ja tuottamisvastuita. Tämän osana on pyritty syventämään sosiaali- ja terveyspalveluiden alueellista integroimista kuntien ja sairaanhoitopiirien palvelujen välillä. Integroiminen mahdollistaa yhtenäisten hoitoketjujen luomisen, jolloin potilas voidaan hoitaa oikea-aikaisesti oikeassa paikassa, välttämällä näin kalliin, vaativamman hoidon tarpeen. Alueellisten integroitujen palveluiden eduiksi Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ja Hyvinvointiväestön tutkimuskeskuksen asiantuntijaryhmä (2012) mainitsee muun muassa palvelujärjestelmän tehokkuuden, asiakassuuntautuneemman toiminnan sekä paremmat mahdollisuudet laaja-alaiseen väestön terveyden kehittämiseen. (Klemola 2015, 16–17.)

Palveluiden järjestäjällä voidaan nähdä olevan kaksi perustehtävää: se vastaa, että asiakkaille tuotetaan heidän tarvitsemiaan palveluita ja että palvelujen järjestämiseen annetut resurssit tulevat tehokkaasti käytetyiksi ja riittävät sovitun määrän ja laadun mukaisiin palvelutuotoksiin. Tätä järjestäjää voidaan kutsua myös palveluiden tilaajaksi. Tuottajan tehtävä taas on tuottaa sovitun laatuista palveluita sovittu määrä ja veloittaa suoritetuista palveluista sitä vastaava korvaus. Tuottajalla on oma päätäntävalta, jonka turvin se pyrkii järjestämään tuotantonsa mahdollisimman tehokkaasti. (Möttönen 2014, 10.) Tilaaja ja tuottaja voivat olla sama toimija, mutta nämä tehtävät voidaan myös erottaa eri toimijoille, jolloin puhutaan tilaaja-tuottaja-toimintatavasta.

Tilaaaja-tuottaja-toimintatavassa oletetaan, että tuottajalla ei ole täydellistä ymmärrystä asiakkaiden palvelutarpeesta, vaan väliin tarvitaan tilaaja, joka kykenee tarkastelemaan väestön tarpeita laajemmin ja yhdistämään poliittiset tahtotilat resurssien kohdentamiseen (Möttönen 2014, 10; Junnila ym. 2012, 32.) Toimintatavassa uskotaan, että julkisten organisaatioiden päätehtävä ei ole tuottaa kansalaisille heidän tarvitsemiaan palveluita, vaan vastata siitä, että kansalaiset saavat tarvitsemansa palvelut. Näin ollen tuottamisen voivat hoitaa muut toimijat. (Möttönen 2014, 8.) Enhovenin (1993) ja LeGrandin (2007) mukaan tilaajan ja tuottajan eriyttämisellä pystytään luomaan tuottajayksiköiden välille kilpailua, joka yhdessä kannustimien kanssa parantaa tuottavuutta, laatua ja vaikuttavuutta (Junnila ym. 2012, 32).

Suomessa tehdyssä poliittisessa sosiaali- ja terveystalouden uudistustyössä on katsottu, että järjestämisen ja tuottamisen erottaminen olisi nykyaikainen ja tehokas tapa palvelujen järjestämiseen (Möttönen 2014, 7–8.) Viimeisimpien hallitusohjelmien linjauksissa (mm. Vanhanen II, 2007 ja Katainen 2011) on korostettu tilaaja-tuottaja-toimintatavan käyttöä ja luotu mahdollisuuksia tilaaja-tuottaja-toimintatavalle mm. suurentamalla kuntakokoa sekä kehittämällä kilpailulainsäädäntöä palvelutuotannon uudistumiseksi (Junnila ym. 2012, 7; 30).

Tilaaja-tuottaja-toimintatapaa on myös kritisoitu. Malli, jossa tilaaminen ja tuottaminen on eriytetty, on kokeiltu ainakin Englannissa, Uudessa-Seelannissa ja Ruotsissa. Esimerkiksi Uudessa-Seelannissa todettiin, että toimintatapa selkeytti, millaisia palveluita, kuinka paljon ja millä laadulla tulee tuottaa sekä loi tuottajille kannustimen laadun kehittämiseen. Huonot puolet olivat kuitenkin niin mittavat, että alkuperäisestä toimintatavasta luovuttiin. Tilaaja ei saanut riittävästi tietoa tuottajien kustannuksista ja laadusta eikä siten onnistunut vertailemaan niitä keskenään tai ohjaamaan. Ruotsissa taas koettiin, ettei pystytty osoittamaan tilaaja-tuottaja-toimintatavan selkiyttävän hallintoa, tuovan kustannussäästöjä tai tuovan potilaan asemaan parannuksia. Toimintatavan käyttö onkin hiipunut suurella osalla Ruotsia. Tilaaja-tuottaja-malli ei esimerkkimaissa ole juurtunut, vaan tarve uusille uudistuksille on jäänyt. (Junnila ym. 2012, 56–72.)

4.4.2 Sipilän hallituksen sosiaali- ja terveystuudistus

Sosiaali- ja terveyspalveluiden kokonaisuudistusta on yritetty toteuttaa vuosia eri hallituskokoonpanojen voimin, mutta toistaiseksi tuloksetta. Viimeisin yritys kirjoitushetkellä oli Sipilän hallituksen kaavailema maakunta- ja sote-uudistus - kokonaisuus. Sote-uudistuksessa päämääränä oli tarjota kansalaisille yhdenvertaisempia palveluita ja vähentää siten hyvinvointi- ja terveyseroja, nykyaikaistaa palvelukanavia ja mahdollistaa kansalaisten aktiivisempi osallistuminen asioiden hoitoon, yksinkertaistaa hallintorakennetta sekä saavuttaa huomattavia säästöjä valtiontaloudessa sekä samalla hillitä kustannusten jatkuvaa kasvua. (”Sote-uudistuksen tavoitteet”.)

Uudistus oli tarkoitus toteuttaa muokkaamalla julkisen hallinnon tasoja siten, että jatkossa palveluiden järjestämisvastuun olisivat kantaneet valtio, maakunnat ja kunnat sekä valtion lupa- ja valvontavirasto. Sosiaali- ja terveysministeriö olisi toteuttanut kansallisen tason yleistä ohjaus- ja valvontatoimintaa sekä valmistellut yhdessä maakuntien kanssa ehdotuksen valtakunnallisista tavoitteista, jotka valtioneuvosto olisi hyväksynyt joka neljäs vuosi. Sipilän hallitus asetti oman uudistuksensa tavoitteeksi myös palveluiden tuotannon monipuolistumisen, joka oli tarkoitus toteuttaa valinnanvapauslainsäädännöllä. (”Toimijat uudessa sote- ja maakuntarakenteessa –kuva tekstinä”; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016, 14–16.)

Sote-uudistus oli tarkoitus toteuttaa tilaaja-tuottaja-toimintatavan mukaisesti, jolloin valtio olisi asettunut omistajan rooliin ja toteuttanut ohjaustehtävää määrittelemällä järjestäville maakunnille palvelutehtävän ja antamalla sitä varten resurssit. Tilaajan asemassa toimivat maakunnat olisivat olleet vastuussa palvelutehtävän toteuttamisesta huolehtien, että tuotetut palvelut vastaavat asiakkaiden tarpeita. Maakunnat olisivat vastanneet myös täysin siitä, että taloudelliset resurssit riittävät järjestettävien tehtävien tuottamiseen ja ne saadaan käytettyä tehokkaasti siten, että niillä saadaan aikaan suunniteltu määrä sovitut laatukriteerit täyttäviä palveluita. (Möttönen 2014, 10.)

Palvelujen tuottamisesta puolestaan olisivat vastanneet jatkossa maakunnan liikelaitokset tai yhtiöt sekä muut yhtiöt, yhteisöt, yhdistykset, osuuskunnat, säätiöt tai itsenäiset ammatinharjoittajat. Maakunnalla olisi ollut lakiesityksen mukaan

yhtiöittämisvelvollisuus, jolloin kilpailluilla markkinoilla tai valinnanvapauslaissa määritellyssä laajan valinnanvapauden piirissä toimittaessa, maakunta ei olisi itse saanut tuottaa palveluita, vaan sen olisi pitänyt antaa tuotanto maakunnan palvelulaitoksen omistaman yhtiön tai yhteisön hoidettavaksi. Osa palveluista oli kaavailtu toteutettavan valinnanvapausmallin mukaan, jolloin asiakas olisi voinut itse päättää, mistä hoitonsa hankkii. Maakunta olisi maksanut näille valinnanvapautuottajille korvauksen tuotetuista palveluista. Osa palveluista olisi jäänyt edelleen valinnanvapauden ulkopuolelle maakunnan liikelaitoksen tai yhtiön tuotettavaksi tai muualta kilpailutuksen kautta hankittavaksi. Tällaisia olisivat olleet muun muassa vanhusten pitkäaikaiset asumis- ja hoivapalvelut. (”Sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottajat”.)

4.4.3 Alueellinen toimija sosiaali- ja terveyspalveluissa

Uuden sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän rakentamiseen liittyy runsaasti poliittisia pyrkimyksiä ja ideologisia tavoitteita. On puhuttu, että julkista tuotantotoimintaa on muokattava yksityisten yritysten kaltaiseksi, jotta julkistuotanto pystyisi kilpailemaan yksityisten toimijoiden kanssa ja jotta julkistuotantoa pystyttäisiin säilyttämään mahdollisimman paljon. Toisaalta mallia on luonnehdittu välivaiheeksi ajaa lähes kaikki julkinen tuotanto alas. Toiset tahot haluaisivat avata sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotantoa yhä enemmän yksityisille toimijoille ja edistää näin paikallista yrittäjyyttä, kun taas toiset tahot ovat huolissaan julkissektorin luonteen muuttumisesta yhteisen edun tavoittelusta kohti yritysmaailman omistajien tavoitteita. (Maakuntavalmisteliija I, 2019.)

Tilaaja-tuottaja-mallin mukainen toimintatapa on käytännössä osoittautunut ohjausnäkökulmasta haastavaksi. Periaatteessa tuottamisnäkökulmaan ei pitäisi liittyä poliittisia intressejä eikä siten poliittista ohjaustakaan. Osa tilaajaorganisaation poliitikoista kuitenkin katsoo, että tuottajan hoidettavana on kansalaisten ja kuntien kannalta niin tärkeitä kokonaisuuksia, että näihin pitäisi pysytä vaikuttamaan myös tuottajapuolella. (Möttönen 2014, 7–16) Poliittiset näkemyserot ovatkin aiheuttaneet sen, ettei sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistusta kyetty viemään päätökseen päättäneelläkään hallituskaudella.

Viimeisimmissä poliittisissa puheenvuoroissa on korostettu, että selvitystyö viimeisimmän hallituksen sote-uudistukseen liittyen ei ole ollut kuitenkaan turhaa. Päinvastoin sitä voidaan käyttää hyödyksi lopullisen uudistusmallin toteuttamisessa. Yksittäisiä kuntia leveämpien hartioiden alueellista toimijaa voidaan pitää edelleen tahona, joka uudistuksessa halutaan luoda. Se, ovatko tulevat toimijat maakuntia vai jonkinlaisia muita sote-alueita ei sinänsä ole ratkaisevaa. Nykyisen kaltainen hajanainen palvelu- ja vastuurakenne koetaan liian tehottomaksi. Tällä hetkellä on myös epäselvää, halutaanko järjestäjää ja tuottajaa erottaa aiemman ehdotuksen mukaisesti, sillä poliittisissa puheenvuoroissa on myös mainittu, että alueellinen toimija hoitaisi sekä järjestämisen että tuottamistehtävän. Tämän kohtalo ratkeaa aikanaan eduskuntavaalien jälkeen, kun uusi hallitus alkaa työstää näkemystään toteutettavasta uudistuksesta. Tavoitteena on joka tapauksessa alueellisesti syvempi integraatio eri palvelutasojen välillä ja tämän integraation onnistumista tulee alueellisen toimijan seurata ja ohjata. Sillä tulee siis olemaan aikaisemman esityksen maakuntajärjestäjälle kaavailtuja tehtäviä. Näitä kutsutaan tässä järjestämistehtäviksi. (Maakuntavalmistelija I 2019; Maakuntavalmistelija II 2019.)

Sosiaali- ja terveystalouden palveluiden järjestämistehtävien siirtyessä yhdelle alueelliselle taholle, kasvavat järjestämistehtävää toteuttavan mahdollisuudet ja voimavarat suunnitella palveluverkosta kustannustehokas, muokata laitospainotteinen ja paljon henkilöstöresursseja sitova palvelujärjestelmä rationaalisemmaksi sekä kohdentaa voimavaroja uudelleen laajemmin kuin mitä kunnilla on tähän mennessä ollut mahdollista. Alueellisen toimijan suuren koon oletetaan myös pienentävän alueellisia eroja palvelutuotannossa ja siten vaikuttavan myönteisesti yhdenvertaisuuteen. Suuri koko mahdollistaa palvelutuotannon eri osien koordinoinnin ja henkilöstön optimaalisemman käytön. Suuri toimija pystyy paremmin myös tarvittaessa keskittämään ja hajauttamaan tiettyjä palveluita ja järjestämään esimerkiksi sähköisiä palvelukanavia verrattuna pieneen toimijaan. On kuitenkin huomionarvoista, että esimerkiksi maakuntien tasolla edellytykset järjestää palveluita eroavat toisistaan. Maakunnissa myös palvelutarve ja väestömäärä poikkeavat osin merkittävästikin. (Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos 2016, 17–18, 35; Maakuntavalmistelija I 2019; Maakuntavalmistelija II 2019.)

Sipilän hallituksen järjestämislakiluonnoksessa veloitettiin maakunnat huolehtimaan myös siitä, että palveluntuottajat käyttäisivät toimintansa suunnitteluun ja johtamiseen laatua, vaikuttavuutta, kustannuksia ja palvelujen yhteensovittamista koskevia alueellisia ja valtakunnallisia tietoja. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016, 53.) Lisäksi Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen arviointityöryhmän (2016, 56) mukaan alun perin ehdotettu lainsäädäntö olisi johtanut aiempaa suurempaan tarpeeseen seurata ja arvioida sote-järjestelmän toimivuutta, tuotannon laatua ja kustannuksia sekä alueellista ja kansallista ohjausta. Tietoa tarvitaan sekä palvelutarpeen arvioimiseksi, palvelujen kohdistamiseksi että palvelujen vaikuttavuuden ja tehokkuuden mittaamiseksi alueellisen toiminnan suunnittelun tueksi (Möttönen 2014, 31; Maakuntavalmisteliija I 2019; Maakuntavalmisteliija II 2019.)

5 PROSESSIMITTARIT PALVELUKETJULLE

Tässä luvussa esitellään tutkimusaineistosta nousseita alueellisen sote-toimijan tietotarpeita ja muotoillaan tiedontarvetta tukevat mittaamisen teemat sekä näitä teemoja kuvaamaan suunnitellut mittarit. Luvussa esitetään myös tarpeellisia mittauskohteita, joita ei tutkimuksen aikana kuitenkaan kyetty muotoilemaan lopullisiksi mittareiksi. Luvun lopussa esitetään lopulliset prosessinäkökulman mittarit tekonivelpotilaan hoitoketjulle ja arvioidaan niiden yleistettävyyttä ja rajoituksia.

5.1 Alueellisen sote-toimijan tietotarpeet

Alueellisen järjestäjän tietotarpeita pohtiessa lähtökohtana on järjestämistehtävän selkeä määrittelemine. Järjestämistehtävää on tarkasteltava varsinkin suhteessa palvelutuotantoon. Tätä määrittelytyötä on tehty sekä paikallistason valmistelutyössä että valtakunnallisesti. Se, kuinka paljon järjestäjä on vastuussa esimerkiksi palveluketjuista, palvelujen sisällön määrittelystä tai talouden ohjauksesta suhteessa palvelun tuottajiin, vaikuttaa suoraan järjestäjän tietotarpeeseen. (Maakuntavalmisteliija II 2019.)

Alueellisen toimijan tiedon tarpeissa korostuvat koko alueen väestöstä saatava tieto ja tämän tiedon hyödyntäminen sekä yksilö- että väestötasolla niin, että tiedon avulla voidaan ennakoida tulevaa. Tiedon pohjalta pitäisi voida muodostaa myös erilaisia yksilö- ja väestötason riskiarvioiteja ja seurata hoitovajausten avulla, onko tietyn riskin omaaville potilaille jätetty antamatta tarvittavia interventioita. Yksilötason seurannassa korostuu poikkeamien seuraaminen ja näiden tarkempi analysointi. Äärimmäisenä esimerkkinä ovat paljon palveluita käyttävät potilaat, joiden seurantaan ja henkilökohtaiseen ohjaukseen on pystyttävä vaikuttamaan yli organisaatiorajojen. Palveluketjujen seurantaan pitäisi myös tuoda yhä enemmän hyvinvoinnin ja toimintakyvyn näkökulmia pelkän terveystiedon seurannan lisäksi. (Maakuntavalmisteliija I 2019; Maakuntavalmisteliija II 2019; Ortopedi 2019.)

“Ei riitä pelkkä se kova terveystieto, jos miettii sitä hoitoketjun optimointia. Pitäs tietoa yksittäisen kansalaisen asumisolosta, sosiaalisista verkostoista ja tällaistyypisistä asioista.” (Maakuntavalmisteliija II 2019.)

Tämän vuoksi tässäkin tutkimuksessa pyritään antamaan yhtä suurta painoarvoa sosiaalitoimen näkökulmille. Hoitoketjut ovat perinteisesti optimoitu erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä, mutta sosiaalitoimi on jäänyt tai jätetty osin vaikeaselkoisuutensa vuoksi ketjumalleista pois. Koska hoidolla aikaansaavat vaikutukset voivat olla terveydentilan kohenemisen lisäksi sosiaalisia kuten työkyvyn paraneminen tai yksin kotona pärjääminen, tulee sosiaalitoimea tarkastella tasavertaisesti palveluketjun osana. (Maakuntavalmisteliija I 2019; Maakuntavalmisteliija II 2019.)

Tärkeä ominaisuus itse tiedossa on sen vertailtavuus alueittain. Maakunnan alueella on lukuisia eri toimijoita. Seuraamalla eri palveluntuottajien saman ongelmakokonaisuuden potilaita, henkilökuntaa tai mitä tahansa, mikä kytkeytyy tiettyyn toimijaan, voidaan alueellisen tiedon ja tästä nousevien poikkeamien kautta analysoida tarkemmin, miten palveluketju toimii koko maakunnan alueella ja mistä voisi löytyä tehostamisen tarvetta. (Maakuntavalmisteliija I 2019.)

“Ei riitä, että katotaan pelkkää maakuntaa, vaan vähän pienempiäkin alueita ja yksiköitä. Sit siihen liittyen semmosta sisällönanalyysiä, et mitkä ne syyt on, että toisaalla onnistutaan paremmin.” (Maakuntavalmisteliija I 2019.)

Mittareiden tehtävä onkin ennen kaikkea suunnata huomio poikkeamiin, joita alueellisesti havaitaan ja tarkemmin etsiä syitä, miksi jollain alueella toiminta näyttäytyy erilaiselta kuin muualla. Tämä koskee sekä positiivisia että negatiivisia löydöksiä.

5.2 Johdatus palveluketjun prosessimittareihin

Maakuntavalmistelijoiden esittämien järjestäjän tietotarpeisiin liittyvien näkemysten ja kirjallisuuden perusteella koko haastatteluaineistoa analysoitiin ja pyrittiin ryhmittelemään yksittäisiä samankaltaisia ilmaisuja omiin ryhmiinsä. Näistä ryhmistä käytetään jatkossa nimitystä teema.

Haastatteluissa nousi esiin neljä prosessinäkökulman osaksi nähtävää eri teemaa: palveluketjun tunteminen, joustavuus, kustannusten siirto ja palveluketjun toteuttaminen sovitusti. Teemojen sisältö kietoutuu osin toisiinsa ja siten yksittäisen teeman mittari voi heijastaa osin toistakin teemaa. Seuraavissa luvuissa on avattu ja analysoitu tarkemmin näitä haastatteluaineiston pohjalta nousseita prosessimittareiden teemoja ja pyritty tarjoamaan mittaria teeman mukaisen informaation mittaamiseksi.

5.3 Mittaamisen teemat

5.3.1 Palveluketjun tunteminen

Haastatteluissa nousi esiin selvä huoli henkilöstön vaihtuvuudesta ja sitä kautta palveluketjun tuntemisesta ja tutuksi tulemisesta. Palveluketjun toiminta saatetaan myös kokea vaikeaksi toteuttaa varsinkin perusterveydenhuollon lääkärin jokapäiväisessä työssä, koska palveluketjuihin liittyviä muistettavia asioita on paljon ja palveluketjuja yhä enemmän. Henkilöstön vaihtuvuus on nopeaa varsinkin terveyskeskuksissa, joissa myös keikkalääkärit ja harjoittelijat ovat merkittävä osa työvoimaa. Vaihtuvuuden ja kiireen takia palveluketjun perehdyttäminen uusille työntekijöille ei onnistu toivotulla tavalla. Koska perusterveydenhuollon lääkäri on tekonivelpotilaan palveluketjun ensimmäinen varsinainen käynnistäjä, tietämättömyys lähtöpisteessä ei ennakoivasti lopputulosta palveluketjun sovitun mukaisen toteutumisen tai hoidon jatkuvuuden kannalta. (Erikoissairaanhoidon hoitaja 2019, Maakuntavalmistelija I 2019; Perusterveydenhuollon lääkäri 2019; Ortopedi 2019.) Myös Tanttu (2007, 112) mainitsee sovittujen hoitokäytänteiden tuntemisen merkitykselliseksi palveluketjun kannalta.

”Lääkärit vaihtuvat niin tiuhaan, että erillisen hoitopolun selvittäminen perehdytyksessä (jossa on miljoona muutakin isompaa asiaa) jää usein tekemättä, eikä uusi lääkäri osaa toimia sen mukaan.” (Perusterveydenhuollon lääkäri 2019.)

Myös sosiaalitoimessa henkilöstön vaihtuvuus asettaa haasteita yhteisen toimintatavan toteuttamiselle. Tällä hetkellä Keski-Suomen alueella sosiaalitoimen järjestelmiin tekee kirjauksia lähes 3000 eri henkilöä 17 kunnassa tai kuntayhtymässä ja heidän kaikkien tulisi ymmärtää, mitä toimintatapoja palveluketjuissa on yhteisesti sovittu. (Maakuntavalmistelija I 2019.)

”Sairaalalla on vastinparinaan 17 eri kumppania [kuntaa/kuntayhtymää], jotka pitää saada vakuuttuneeksi tästä uudesta toimintamallista. Ja sitten kun ne on saatu mukaan siihen, niin siellä on jo kuukauden päästä vaihtunut työntekijä.” (Maakuntavalmistelija I 2019.)

Toisen palvelualan toiminnan tuntemattomuus palveluketjussa, jonka tarkoitus on häivyttää organisaatorajoja ja keskittyä toteuttamaan hoitoa ja palveluntarvetta potilaan näkökulmasta, johtaa vääjäämättä siihen, että hoitotyötä toteutetaan edelleen kapeakatseisesti yksikkökohtaisesti. Joustoja eri suuntiin on vaikea toteuttaa, mikäli seuraavan tai edellisen toimijan toimenkuvasta ei ole käsitystä. Varsinkin sosiaalitoimen palvelujen hyödyntäminen osana palveluketjua on edelleen kesken (Ortopedi 2019; Maakuntavalmistelija I 2019).

”Säännölliseen kotihoitoon voi kuulua sairaanhoidollisia palveluita, mitkä on aika tärkeitä esim. kotiutumisen vaiheessa et me saataisiin sairaalasta ja perusterveydenhuollosta kotiuttavien henkilöiden tietoisuutta lisättyä, että heillä säännöllisen kotihoidon palveluina on sairaanhoidollisiakin palveluita. -- Pystyttäisiin hyödyntämään sitä [sosiaalitoimea], että hekin tietäisivät, että voidaanhan me laittaa se [potilas] kotiin kun siellä on näitä mahdollisuuksia.” (Maakuntavalmistelija I 2019.)

Palveluketjussa on suuri määrä ketjun eri lenkkejä työstäviä eri ammattiryhmien edustajia hajallaan ympäri maakuntaa. Sosiaalitoimen osuus osana tekonivelpotilaan palveluketjua nähdään edelleen vaikeaselkoisena ja irrallisena osana hyvistä pyrkimyksistä huolimatta. Jotta palveluketjut voivat toimia sujuvasti, on henkilöstön ammattiryhmästä ja palvelualueesta riippumatta tiedettävä, miten potilaan hoito on suunniteltu toteutettavan. Henkilöstön tietoisuuden ja muiden toimijoiden tunnistamisen seuraamiseksi voidaan muodostaa yksinkertaisen kyselyn perusteella saatu mittari. Kysely voitaisiin toteuttaa uuden henkilön saadessa perehdytystä tai ensimmäisellä kerralla palveluketjun nykyisille toimijoille. Kyselyssä esitettäisiin yksinkertainen kysymys:

Kuinka hyvin asteikolla 1-5 tunnet oman roolisi ja muiden palveluketjun toimijoiden roolin tekonivelpotilaan hoidossa?

Vastauksia voidaan ryhmitellä niin ammattiryhmän, alueen kuin palvelualankin suhteen. Pistelukujen perusteella voidaan arvioida ja ennakoida sekä palvelualakohtaisesti että koko maakunnan tasolla, mitkä ovat lähtökohdat palveluketjun mukaisen toiminnan toteuttamiseen. Tavoitearvo voidaan asettaa selvittämällä jonkin tällä hetkellä toimivan yksikön tilanne ja arvioimalla, kuinka paljon ihanteellinen taso olisi tähän verrattuna.

5.3.2 Joustavuus

Tällä hetkellä kuntien eri toimintatavat ja käytänteet sosiaalitoimen osalta johtavat siihen, ettei erikoissairaanhoidossa tiedetä sosiaalitoimen käytänteistä eikä niitä toisaalta ole aikaa selvittääkään (Erikoissairaanhoidon hoitaja 2019). Kunnilla on esimerkiksi täysin toisistaan riippumattomat palveluasumisen myöntämisen kriteerit, joten erikoissairaanhoidon sairaanhoitaja joutuisi aina erikseen selvittämään, mitä kriteerejä kunkin potilaan kohdalla pitäisi noudattaa. Tämän takia potilaan tarvitsemat sosiaalitoimen palvelut ovat joko ennalta suunniteltuja tai suunnitellaan perusterveydenhuollon toimesta vasta, kun potilas on lähetetty pois erikoissairaanhoidon vuodeosastolta. (Erikoissairaanhoidon hoitaja 2019; Maakuntavalmistelija I 2019.)

”Täällä erikoissairaanhoidon osastolla ei pysty eikä hoitaja rupeakaan selvittämään eri kuntien palvelumahdollisuuksia, koska se ei näihin potilasmassoihin sovi eikä tiedetä eri kuntien palveluista täällä. Niin se on hienoa, jos ne on etukäteen selvitetty.” (Erikoissairaanhoidon hoitaja 2019.)

Mikäli sote-uudistuksessa kaavaillut maakuntajärjestäjät olisi muodostettu, olisi Keski-Suomessa yhdenmukaistettu sosiaalitoimen palveluiden myöntämisen kriteerit (Maakuntavalmisteliija I 2019). Tällöin potilaille olisi ollut mahdollisuus selvittää myös erikoissairaanhoidon päässä sosiaalitoimen palvelutarvetta. Vaikka nykyisessä palveluketjussa sosiaalitoimen palveluiden tarvetta kysellään optimointiprosessin aikana ennen leikkausta, voi eteen tulla tilanteita, joissa potilas ei ole välttämättä käsittänyt, millainen oma tila leikkauksen jälkeen on, eikä välttämättä itse ole osannut arvioida pärjääkö yksin leikkauksen jälkeen, vaikka onkin kotiutuskelpoinen (Erikoissairaanhoidon hoitaja 2019).

”Vaikka kuinka ihmisiä valmennetaan ennakoon ja puhutaan ja sitten ne kotiutetaan, niin ne sanoo, että ’voi hyvänen aika eihän minulla ole siellä ruokaa eikä minulla ole siellä ketään’. Että ne ei ole hoitanut niitä asioita itse. Sitten voi olla, että tarvitsee käynnistää sieltä terveyskeskuksesta niitä palveluita hänelle.” (Erikoissairaanhoidon hoitaja 2019.)

Samalla voi syntyä potilaan ja palveluketjun kannalta täysin turha siirto erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Erikoissairaanhoido optimoi omaa vuodeosastonsa käyttöä, mutta palveluketjun kannalta lääketieteellisesti kotikuntoinen potilas siirretään toisalle osastohoitoon odottamaan sosiaalitoimen tukipalveluita kotona pärjäämiseen. Optimaalisessa palveluketjussa eri toimijat pystyvät joustamaan tarpeen vaatiessa oman ydintehtäväalueensa ulkopuolelle ja ottamaan enemmän vastuuta potilaan parhaaksi. Potilaan näkökulmasta juuri joustavuus läpi palveluketjun ilman turhaa hyppyytystä on tärkeää. Potilaita eivät kiinnosta organisaatorajat, vaan mahdollisimman helppo kokemus hoidosta. Juuri potilaslähtöinen ajattelu on saumattomien palveluketjujen idea.

Tekonivelpotilaan palveluketjussa voidaankin seurata sosiaalityöntekijöiden ja hoitajien tekemien potilasmerkintöjen avulla, missä on tehty leikkauksen jälkeinen aloite

sosiaalitoimen palveluille, jos palvelutarvetta ei ole suunniteltu jo ennakoon. Tällä voitaisiin seurata, kuinka joustavasti erikoissairaanhoidossa on pystytty toimimaan potilaan palvelutarpeen toteuttamiseksi. Mittari olisi tällöin ”missä tehty aloite suunnittelemattoman sosiaali-toimen palvelun käynnistämiseksi?”

Toisaalta, mikäli tekonivelleikkaukseen valmistautuva optimointiohjelmaa läpikäyvä potilas on sosiaalitoimessa esimerkiksi kotihoidon asiakkaana, voitaisiin potilastietojärjestelmään tehtyjen kirjausten ja sisältömerkintöjen perusteella pyrkiä seuraamaan myös sitä, miten kotihoito on pyrkinyt omalta osaltaan ohjaamaan, neuvomaan ja kannustamaan potilasta optimointiohjelman toteutumisessa. Mittaria kuvaisi nimitys ”sosiaalitoimen osuus optimointiprosessissa”. Vaikka vastuu optimoinnista on loppu viimein potilaan vastuulla, on palveluketjun kannalta tärkeä pystyä venyttämään oman tehtäväkuvansa reunoja. Koska sosiaalitoimen kokonaisuus ei vielä ole riittävän tiiviisti mukana tekonivelpotilaan palveluketjussa ja kehitystyö on vielä kesken, ei varsinaista mittariehdotusta kyetä muotoilemaan tämän tarkemmin, eikä sitä voida sisällyttää lopulliseen mittaristoon. Molempien edellä mainittujen joustavuuden mittareiden tulokset eivät luonnollisestikaan voi kertoa yksioikoisesti jouston määrästä, sillä jokaisen potilaan tilanne on aina tapauskohtainen. Mittarit voivat kuitenkin signaloida tarpeesta tutkia käytänteitä tarkemmin.

Toinen tärkeä teema joustamiseen liittyen on jatkohoidon varmistaminen. Kun potilas siirtyy palveluketjussa osa-alueelta toiselle, voi syntyä viiveitä, katkoksia tiedon kulussa tai turhaa odottamista, jolloin potilas voi kokea, ettei palveluketjun jatkuvuus ole kenenkään hallussa (Lillrank ym. 2004, 127). Asiakaslähtöisessä palveluketjussa ei voida ajatella vain oman organisaation näkökulmasta ja jättää potilasohjausta siihen, kun potilas on lähetetty jatkohoitoon muualle ja hoitovastuu siirtyy (Maakuntavalmisteliija I 2019).

”Tietyllä tavalla se vastuu varmistaa, että asia etenee. Ei niin, että minä olen nyt tehnyt lähetteen, vaan -- jos mä oon lähettänyt asiakkaan kotiin, ni että se on tietyllä tavalla vastaanotettu. Jotain seurantaa näihin nivelkohtiin olis varmaan tullut, että edellytetään että lähettäväkin taho tietää, että se homma on siellä vastaanottavallakin taholla edennyt.” (Maakuntavalmisteliija I 2019.)

Järjestäjällä olisi mahdollisuus velvoittaa tuotantoyksiköt varmistamaan omalta osaltaan, että potilaasta on otettu vastuu ketjun seuraavassa lenkissä. Tällaista voitaisiin seurata jälleen potilastietojärjestelmään tehtävien merkintöjen avulla. Jos potilaalla on jokin selkeä palveluntarve esimerkiksi kotihoidon osalta, onko potilas saanut palveluita, jotka hänelle on suunniteltu. Varsinaisen yksiselitteisen mittarin muodostaminen jatkohoidon seurantaan on kuitenkin nykytiedolla vielä haastavaa, koska tiedon integraatio on kesken ja tieto hajallaan eri järjestelmissä. Tämän vuoksi jatkohoidon varmistamisesta ei kyetä muotoilemaan mittaria lopulliseen mittaristoon.

5.3.3 Kustannusten siirto toimijalta toiselle

Palveluketjun jouston puuttuminen voidaan nähdä myös pyrkimyksenä siirtää kustannuksia palvelualalta toiselle. Kaikilla toimijoilla on rajalliset resurssit oman osansa tuottamiseen, joten oman työn helpottaminen ja asiakkaan siirtäminen toisen palvelualan vastuulle voi joskus tuntua houkuttelevalta. Sen sijaan, että esimerkiksi sosiaalitoimessa joustettaisiin palveluketjun eduksi ja suoritettaisiin jokin tehtävä, joka ei varsinaisesti liity omaan toimintaan, potilas ohjataan perusterveydenhuollon palveluiden piiriin ja samalla helpotetaan painetta omassa työssä (Maakuntavalmistelijat I 2019). Tarkoituksellista kustannusten siirtoa toimijalta toiselle voi olla vaikea seurata, sillä terveydentilaan liittyvissä asioissa keskeistä on ottaa huomioon potilaan tuntemukset. Joskus vaikealta vaikuttavan potilaan siirtäminen sosiaalitoimesta perusterveydenhuollon piiriin tai perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon piiriin on täysin perusteltua (Maakuntavalmistelijat I 2019; Erikoissairaanhoidon hoitajat 2019). Epätarkoituksenmukainen siirtely sen sijaan pitäisi kitkeä pois.

”Olen kuullut, että sieltä [terveyskeskuksen vuodeosastolta] kotiutetaan jopa samana päivänä tai sitten seuraavana. -- Kun pyritään mahdollisimman lyhyeen jaksoon erikoissairaanhoidossa, niin aiheuttaako se sitten, että hätiköidysti siirretään terveyskeskuksen vuodeosastolle, jossa on sitten ihan turha käynti.”
(Erikoissairaanhoidon hoitajat 2019.)

”Kun kaikki tunnistaa sen, että on ihan hölmöä siirtää kustannuksia paikasta toiseen sen takia, kun ’mulla nyt näyttää tää mun budjetti täyttyvän, ni mä siirrän

nää nyt sit perusterveydenhuoltoon tai siirrän erikoissairaanhoidoon.”
(Maakuntavalmistelija I 2019.)

Taloudellisuus ja kustannusten seuranta ovat Lumijärven (1999, 21–22) mallissa yksi keino mitata prosessinäkökulmaa. Euromääräisten mittareiden luominen kustannusten tarkoituksenmukaisen syntymispaikan mukaan on ajatuksena kuitenkin vaikeaa. Ulkoapäin ei voida yksiselitteisesti sanoa, milloin potilaan hoitaminen on tarkoituksenmukaisempaa esimerkiksi erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa; eli milloin potilaan siirtäminen toisen toimijan vastuulle on tarkoituksenmukaista kustannusten siirtoa ja milloin tarkoituksenmukaista hoitoa. Tästä syystä tahallisen kustannusten toimijalta toiselle siirtämisen on euromääräisen tarkastelun sijaan liittyttävä palveluketjun yksittäisiin hoitotapahtumiin, jotka ovat helpommin havainnoitavissa.

Lumijärven (1999, 21–22) mukaan paljon resursseja syövän vuodeosastotoiminnan kapasiteetti on myös yksi prosessinäkökulman kannalta vartenotettava mittauskohde. Yksittäisen osaston kapasiteetin seuranta johtaa kuitenkin vääjäämättä osaoptimointitilanteeseen. Järjestäjän kannalta pitkän palveluketjun tarkastelussa ei voida kiinnittää liikaa huomiota jonkun tietyn osan kehittämiseen. Palveluketjun on myös tarkoitus palvella ennen kaikkea potilasta, joten yksittäisen osaston kapasiteetin optimoinnin sijaan tulisi miettiä, mikä on potilaan kannalta paras ratkaisu (Maakuntavalmistelija II 2019). Yksittäisen tuottajan kannalta kapasiteetin seuranta on tärkeämpi seurattava asia.

Koska erikoissairaanhoidossa halutaan pitää kiinni tiukoista rajoista, jolloin potilas pyritään siirtämään pois erikoissairaanhoidon vuodeosastolta, voi eteen tulla tilanne, jossa lääkäri ja hoitohenkilökunta uskovat potilaan kotona pärjäämiseen, mutta potilas itse on sitä mieltä, että haluaa vielä olla vuodeosastolla. Tällöin potilas siirretään perusterveydenhuollon vuodeosastolle. Monessa tapauksessa tämä on tarkoituksenmukainen toimintatapa ja potilaan hoito jatkuu perusterveydenhuollon vuodeosastolla suunnitellusti. Toisinaan potilas saatetaan kuitenkin kotiuttaa perusterveydenhuollon vuodeosastolta jo samana päivänä, kun hän on saapunut. Tällöin terveyskeskussiirron voidaan ajatella olevan turha (Erikoissairaanhoidon hoitaja 2019). Potilas olisi voitu lähettää heti myös kotiin, mikäli erikoissairaanhoidossa olisi selvitetty

potilaan tilanne kunnolla. Tällöin erikoissairaanhoidosta saatetaan siirtää kustannuksia perusterveydenhuollon vuodeosaston vastuulle turhaan. Erikoissairaanhoidon optimoidessa omaa vuodeosastoaan, aiheuttaa se osaoptimointitilanteen koko palveluketjun näkökulmasta.

Tämän vuoksi voitaisiin seurata erikoissairaanhoidon vuodeosastolta perusterveyden vuodeosastolle siirrettävien ja sieltä samana päivänä kotiutettavien potilaiden määrää. Tieto on jo saatavissa potilastietojärjestelmään tehtyjen kirjausten perusteella. Potilaan todellinen kotikuntoisuus on voitava selvittää ja selventää potilaan kanssa yhdessä paikkaa ilman potilaan epätarkoituksenmukaista siirtelyä.

Tekonivelpotilaan optimointiprosessi ennen leikkausta ei välttämättä aina onnistu suunniteltujen tavoitteiden mukaan. Erikoissairaanhoidossa saatetaan joutua vielä puuttumaan leikkaukseen tulevien potilaiden terveydentilaan ja hoitamaan näitä sairaalan erikoisaloilla ennen kuin he ovat leikkauksekelpoisia (Ortopedi 2019).

”Jos potilas tulee meille ja me laitetaankin se sisätaudeille, ni se kertoo, että tää asia ei oo jääny kuitenkaan kiinni siellä perusterveydenhuollossa” (Ortopedi 2019).

Tällöin voi olla mahdollista, ettei perusterveydenhuollossa tai sosiaalitoimissa ole oltu tarpeeksi vahvasti tukemassa potilaan valmistautumista leikkaukseen ja kustannusvastuu siirtyy erikoissairaanhoidolle. Optimoinnin epäonnistuminen perusterveydenhuollossa voi johtaa kalliin erikoissairaanhoidon käyttämiseen (Maakuntavalmisteliija I 2019). Taustalla voi olla vaikea potilas, jota ei perusterveydenhuollossa kyetä hoitamaan, mutta syynä voi myös olla ongelman tarkoituksenmukainen siirto toiselle toimijalle.

”Kun mulla nyt näyttää tää minun budjetti täyttyvän, niin mä siirrän nää nyt sit erikoissairaanhoidoon. Siitä tavallaan aiheutuu semmoinen epätarkoituksenmukainen erikoissairaanhoidon käyttö. Siellä perusterveydenhuollossa kun on jäänyt syystä tai toisesta tekemättä jotakin asioita, joita sitten korjataan erikoissairaanhoidossa. Ja sehän nyt on

kustannusten hillinnän kannalta kaikkein väärin paikka hoitaa perusasioita.”
(Maakuntavalmistelija I 2019.)

Erikoissairaanhoidon osalta voitaisiin seurata sekä tekonivelpotilaiden läheteitä erikoissairaanhoidon muille erikoisaloille että palautuksia takaisin perusterveydenhuollon yksiköihin. Erikoissairaanhoidon läheteiden seuraamisessa tärkeänä taustatietona toimisi potilaan lähettänyt terveyskeskus. Mikäli jonkin tietyn terveyskeskuksen kohdalla huomataan selkeää poikkeamaa muihin terveyskeskuksiin nähden, voitaisiin tarkemmin tutkia, voisiko taustalla olla tarkoituksenmukaisuutta. Vastaavaa terveyskeskuskohtaista tarkastelua voitaisiin tehdä myös takaisinlähetyksen osalta. Nykyisin seurataan jo palautuksia takaisin perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon läheteitä muille erikoisaloille, mutta seurannasta puuttuu potilaan hoidosta alun perin vastanneen terveyskeskuksen tieto. Tämän paikkatiedon lisääminen tuo mittareihin selkeää lisäarvoa järjestäjän kannalta.

Optimoinnissa täytyy kuitenkin muistaa, että vastuu optimoinnista on ennen kaikkea itse potilaalla ja perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen mahdollisuus vaikuttaa potilaan tekemisiin on rajallinen. Palveluketjun vaikuttavuuden kannalta oman vastualueen venyttäminen ja joustavuus voi kuitenkin olla merkittävä parannus koko palveluketjun vaikuttavuuteen. Yksiselitteistä mittaria, joka kertoo kustannusten siirrosta toiselle toimijalle, on kuitenkin vaikea muodostaa. Alueellinen tai terveyskeskuskohtainen seuranta voi kuitenkin paljastaa poikkeamia, joita voi olla syytä tutkia tarkemmin.

Koko palveluketjun osalta olisi myös tärkeää tunnistaa paljon palveluita käyttävät potilaat. Heidän ongelmien taustalle ei aina kyetä löytämään välttämättä mitään terveydellistä syytä. Taustalla voi olla enemmän sosiaalinen syy kuten yksinäisyys tai turvattomuus, mutta joka näyttäytyy terveyspalveluiden käyttämisenä. Tällaisten potilaiden ohjaamiseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota, sillä tutkimusten mukaan juuri paljon palveluita käyttävät 20% terveydenhuollon asiakkaista synnyttävät 80% kustannuksista (Ortopedi 2019; Maakuntavalmistelija I 2019.) Paljon palveluita käyttävien seuranta tulee huomioida myös tekonivelpotilaan palveluketjussa ja heidän ohjaamiseensa tulisi kiinnittää erityistä huomiota.

5.3.4 Palveluketjun toteuttaminen sovitusti

Kaikkea toimintaa ei suuren volyymin palveluketjussa voi laskea joustavan tekemisen varaan, vaan hoidossa täytyy olla suunnitelmallisuutta. Lumijärven 1999 (12–14) mukaan prosessinäkökulman yksi tehtävä onkin mitata palveluprosessin hallittavuutta ja suunnitelmallisuutta. Terveystilan optimointi on tekonivelpotilaan palveluketjun kannalta keskeinen elementti. Optimoinnin läpikäymistä on palveluketjun tehokkaan onnistumisen kannalta tärkeä myös seurata. Jotta erikoissairaanhoidossa voidaan alkaa suunnittelemaan leikkausta, täytyy perusterveydenhuollosta tulevan potilaan terveystilan olla sellainen, että leikkaus voidaan suorittaa.

Palveluketjua on tarkoitus toteuttaa, kuten on yhteisesti sovittu. Toimijoiden tulee voida luottaa siihen, että kaikki muutkin palveluketjun lenkit hoitavat osuutensa palveluketjun kannalta optimaalisesti. Usean toimijan verkossa ei ole varaa osaoptimointiin, vaikka se oman yksikön kohdalla edesauttaisi toimintaa ja toisi kustannussäästöjä. Järjestäjän on seurattava tuottajia ja asetettava sanktioita sekä kannustimia tämän toteutumiseksi (Junnila ym. 2012, 129–131). Kustannussäästöjä pitäisi hakea aina koko palveluketjun laajuudelta. Tästä kustannusten hillitsemisestä tulisi palkita erityisesti perusterveydenhuoltoa, joka toimii portinvartijana kalliin erikoissairaanhoidon palveluihin (Junnila ym. 2012, 140–143).

Keinäsen ym. (2017, 3) mukaan prosessimittareilla voidaan tarkastella, millaisia interventioita potilaille on annettu ja siten seurata ovatko hoitotoimenpiteet sellaisia kuin palveluketjussa on sovittu. Erikoissairaanhoidossa tekonivelpotilas on mahdollista hoitaa perinteisen vuodeosastohoidon sisältävän linjan kautta tai päiväkirurgisesti. Päiväkirurginen linja säästää vuodeosastopaikkojen käyttöä, kun potilas kotiutetaan suoraan leikkauksesta kotiin -heräämön kautta. Varsinkin perusterveitä ja nuoria tekonivelpotilaita voitaisiin hoitaa päiväkirurgisina, mutta vaihtoehtoa on käytetty toistaiseksi varsin vähän. Tämä johtuu varsinkin juurtuneista toimintatavoista ja lääkäreiden ja sairaanhoitajien rohkeudesta siirtyä uuden toimintatavan mukaiseen hoitoon sekä väärin jaetuista resursseista. (Erikoissairaanhoidon hoitaja 2019.)

”Sitä päiväkirurgista vaihtoehtoa ei ole ehkä uskallettu ottaa riittävän rohkeesti käyttöön. Osa lääkäreistä ja hoitajista on sellasia täällä erikoissairaanhoidossa,

että ne ei uskalla muuttaa sitä omaa ajattelua. -- Kotiutus heräämöstä -hoitaja sanoi, että älkää laittako niitä [potilaita] heille ainakaan, kun siellä on jo niin kiire.” (Erikoissairaanhoidon hoitaja 2019.)

Tuottajasta erillinen järjestäjä voisi velvoittaa, että tietyn tyyppisiä potilaita tulisi hoitaa tietyllä tavalla. Jos näyttöön perustuvan lääketieteellisen tutkimuksen mukaan tietyjä potilaita voidaan hoitaa päiväkirurgisesti ja se on myös potilaiden etu, tulisi erikoissairaanhoitoa vaatia uusien toimintatapojen käyttämiseen. Juurtuneet toimintatavat henkilöstön keskuudessa eivät saisi vaikuttaa potilaalle valittaviin hoitomuotoihin.

Erikoissairaanhoidon osalta mittarina voitaisiin jatkossa käyttää tietyn potilasaineksen päiväkirurgisen leikkaushoidon toteuttamisen suhdetta kaikkiin tämän potilasaineksen leikkaushoitoihin. Koska päiväkirurginen haara prosessista on hyvin tuore ja potilaita on hoidettu vasta muutamia, ei tässä tutkimuksessa oteta kantaa tarkemmin, miten päiväkirurgisesti hoidettavien tekonivelpotilaiden viiteryhmä mittarille muodostetaan.

Perusterveydenhuollon lääkärin tehdessä konsultaatiota ortopedille tulee hänen ilmaista, että konsultaatio liittyy juuri tekonivelpotilaan palveluketjun mukaiseen toimintaan. Tällöin erikoissairaanhoidosta vastataan viikon kuluessa ja potilaan ohjaaminen etenee tehokkaasti. Koska erikoissairaanhoidon päässä potilasmassat ovat laajoja, väärin tehty konsultaatiopyyntö hukkuu auttamatta muiden konsultaatiopyyntöjen joukkoon. (Ortopedi 2019.)

”Siellä [konsultaatiopyynnössä] pitäis lukee, että paperikonsultaatio. Jos siinä on luku pelkkä artroosi, niin sitten lähettäjä ei oo osannu poimia sitä lähettämisen syytä, että tää on nyt se konsultaatio mihin pitää nopeasti vastata.” (Ortopedi 2019.)

Perusterveydenhuollon osalta yksikertainen seurantamittari voisi siten olla oikein tehtyjen konsultaatiopyyntöjen suhde kaikkiin konsultaatioihin terveyskeskuksittain. Alueellisen vertailun kautta poikkeamia etsien voitaisiin jälleen löytää tehottomasti toimivia perusterveydenhuollon yksiköitä ja kohdistaa korjaavia toimenpiteitä

perusterveydenhuollon työhön. Mittari voi osittain heijastaa myös henkilöstön osaamista kuten aiemmin mainitut mittarit palveluketjun tuntemisesta.

Kuten todettua, sosiaalitoimen osalta palvelujen myöntämisen kriteerit vaihtelevat tällä hetkellä täysin kunnittain. Toisaalla samanlaiselle potilaalle myönnetään kevyemmin perustein sosiaalitoimen palveluja kuin toisaalla. Pienemmissä kunnissa ihmiset tuntevat toisensa paremmin ja tutulle asiakkaalle kynnys palvelun järjestämiseen voi olla helpompaa. (Maakuntavalmistelija I 2019.)

”[Pienessä kunnassa] voi olla tuttuja asiakkaita ja niille ehkä aika helpostikin halutaan semmosta ennaltaehkäsyä. Että onko se palvelutarve se.”
(Maakuntavalmistelija I 2019.)

Alueellisen sote-toimijan aloittaessa toimintansa sosiaalitoimen palvelujen myöntämiskriteerit tullaan todennäköisesti myös yhdenmukaistamaan kuten kaatuneen maakunta- ja sote-uudistuksen myötä oli tarkoitus (Maakuntavalmistelija I 2019). Palvelujen myöntämistä tulee yhdenvertaisuuden nimissä myös seurata. Nykyiset toimintatavat ovat vakiintuneet käytännöiksi, mutta alueellisen toimijan aloittaessa muutoksen toteutumisesta tulee varsinkin alkuvaiheessa seurata alueellisesti. Yksittäistä mittaria palvelujen myöntämisen seuraamiseksi ei tässä yhteydessä kuitenkaan kyetä ehdottamaan.

5.3.5 Palveluketjun sujuvuus

Maakuntavalmistelija I:lle lähetettiin sähköpostilla arvioitavaksi tutkimuksessa nousseet teema-alueet ja näihin pohditut mittariehdotukset. Maakuntavalmistelija I nosti muiden teemojen lisäksi esiin myös palveluketjun sujuvuuden tärkeyden. Prosessin sujuvuuden seurannan mainitsee tutkimuksessaan myös Tanntu (2007, 112). Asiakas kohtaa useina eri ammattilaisia hoitaessaan yhtä terveysongelmaansa. Tieto ei välttämättä aina kulje ammattilaiselta toiselle. Tällöin potilas tai asiakas joutuu selvittämään yhä uudelleen ongelmaansa eri henkilöille. Tämä voi tuntua asiakkaasta siltä, että kenelläkään ei ole hänen tilanteensa hallussa. Tämä voi myös tarkoittaa sitä, että ammattilaisilla ei ole käytettävissään perustietoja asiakkaasta johtuen tietojärjestelmien

ja tiedon heikosta integraatiosta. Tätä tiedon integraation onnistumista voitaisiin maakuntavalmisteliija I:n mukaan arvioida yksinkertaisella mittarilla. Asiakkaalta kysyttäisiin ”kuinka monta kertaa olet joutunut selittämään ongelmasi tietyllä aikavälillä?” Suurempi arvo kertoisi, tiedonkulun tai tiedon käyttämisen heikkoudesta. Seuranta voisi jälleen toteuttaa yksikkötasolla, jolloin hyviä ja huonoja toimintatapoja maakunnan alueella voitaisiin tarkastella tarkemmin.

5.4 Lopulliset mittarit palveluketjulle

Palveluketjulle pyrittiin löytämään suorituskykymittareita perustuen aiemmin esitellyn Ismo Lumijärven (1999) neliulotteisen mallin mukaisesti. Tällöin mittariston osana alueina toimivat vaikuttavuusnäkökulma, asiakasnäkökulma, työntekijöiden näkökulma sekä prosessinäkökulma. Tässä tutkimuksessa keskityttiin ainoastaan prosessinäkökulmaan. Mittareiksi pyrittiin aluksi löytämään indikaattoreita, jotka kuvaisivat mitattavaa teemaa koko palveluketjun näkökulmasta. Tämä osoittautui kuitenkin haastavaksi, sillä vaikka palveluketjun pyrkimys onkin vähentää organisaatorajoja ja nähdä palveluketju enemmän yhtenäisenä prosessina, ovat palveluketjua toteuttavat yksiköt edelleen varsin erillisiä toisistaan ja toisaalta toteuttavat toisistaan selkeästi eroavia tehtäviä. Tästä syystä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen palvelualoille jouduttiin muotoilemaan pääosin yksittäisiä, yhteen palveluun kerrallaan liittyviä mittareita sen sijaan, että yhdellä ja samalla mittarilla voitaisiin seurata kunkin mittariston teeman toteutumista kaikilla palvelualoilla.

Tutkielman lopullisiksi mittariehdotuksiksi valittiin yhteensä kahdeksan mittaria. Tulokset on koottu taulukkoon 2. Palveluketjun tuntemisen mittareiksi valittiin palveluketjun järjestämisen tunteminen sekä oman ja muiden toimijoiden roolin tunteminen. Tämä voidaan toteuttaa kysymällä henkilöstöltä toimipiste- tai ammattiryhmätasolla, kuinka hyvin (asteikolla 1-5) he tuntevat oman ja muiden palveluketjun toimijoiden roolin tekonivelpotilaan hoidossa. Kysely voitaisiin toteuttaa esimerkiksi erikoissairaanhoidossa jo käytössä olevan Webropol-kyselyalustan avulla.

Palveluketjun joustavuuden kuvaamiseksi kehitettiin mittari, joka kertoo, missä aloite suunnittelemattoman sosiaalitoimen palvelun käynnistämiseksi on tehty. Kustannusten siirron mittareiksi valittiin tarpeettomien vuodeosastosierrojen määrä (eli kuinka moni perusterveydenhuollon vuodeosastolle lähetetty potilas kotiutuu lähes välittömästi saavuttuaan vuodeosastolle), joka voi kertoa erikoissairaanhoidon kustannusten siirtämisestä perusterveydenhuollon vastuulle. Lisäksi kustannusten siirron mittareiksi valittiin erikoisaloille tehtävien läheteiden määrä potilaan terveyskeskuksen mukaan sekä perusterveydenhuoltoon palautusten määrä niin ikään potilaan terveyskeskuksen mukaan, jotka puolestaan voivat kertoa perusterveydenhuollon riittämättömästä panostuksesta tekonivelpotilaan optimointiprosessiin ja sitä kautta kustannusten siirrosta perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon. Palveluketjun sovitun toteuttamisen mittareita ovat päiväkirurgisten leikkausten osuus tietyllä potilasaineeksella, mikä kertoo tarkoituksenmukaisista valinnoista hoidon suunnittelussa, sekä virheellisten konsultaatiopyyntöjen osuus terveyskeskuksittain, joiden suuri määrä kuvaa väärää toimintatapaa hoidon toteuttamisessa ja siten hankaloittaa palveluketjun muuta toimintaa. Näiden edellä mainittujen mittareiden vaatima data on saatavissa potilastietojärjestelmään tehdyistä kirjauksista ja voidaan hakea tietokantaan tehtävien kyselyiden avulla.

Kun alustavia tutkimustuloksia esiteltiin maakuntavalmistelija I:lle, arvioi hän palveluiden sujuvuuden yhdeksi puuttuvaksi tarkasteltavaksi teemaksi ja ehdotti tähän yksinkertaista mittaria; seurataan, kuinka monta kertaa yksi potilas joutuu selittämään tilanteensa tietyllä aikavälillä. Tätä ehdotusta arvioitiin luvussa 5.5.4 ja todettiin sen kuvaavan palveluiden integraatiota ja sitä kautta prosessin toimivuutta. Lisäksi mittarissa korostuu hyvin palveluketjun asiakaslähtöisyys.

<i>Mitattava teema</i>	<i>Käytettävä mittari</i>
Palveluketjun tunteminen	Palveluketjun eri toimijoiden roolin tunteminen yksiköittäin
Joustavuus	Missä tehty aloite suunnittelemattoman sosiaalitoimen palvelun käynnistämiseksi?
Kustannusten siirto	Tarpeettomien vuodeosastosiirtojen määrä Lähetteiden määrä erikoisaloille, potilaan terveyskeskuksen mukaan Perusterveydenhuoltoon palautusten määrä, potilaan terveyskeskuksen mukaan
Palveluketjun toteuttaminen sovitusti	Päiväkirurgisten leikkausten osuus määritellyllä potilasaineksella Virheellisten konsultaatiopyyntöjen osuus terveyskeskuksittain
Palveluketjun sujuvuus	Kuinka monta kertaa asiakas joutunut selittämään tilanteensa?

Taulukko 2. Tutkimuksen prosessimittaristo

Tulosten yleistettävyyteen maakuntavalmisteliija I ei ottanut vastauksessaan kantaa, mutta yleisesti voidaan todeta, että teema-alueet ovat sinänsä yleistettäviä myös muihin palveluketjuihin. Tätä tukee myös se, että maakuntavalmistelijat I ja maakuntavalmisteliija II kertoivat haastatteluissa näkemyksiään usein kiinnittämättä niitä mihinkään tiettyyn palveluketjuun. Myös ajatus terveyskeskuskohtaisesta seurannasta on yleistettävissä muidenkin palveluketjujen seurantaan. Yksittäisten mittareiden kohdalta arviointia tulisi tehdä eri palveluketjujen asiantuntijoiden kanssa. Palveluketjun tuntemista kuvaavaa mittaria sekä palvelun sujuvuutta kuvaavaa mittaria voidaan selvästi käyttää muissakin palveluketjuissa. Todennäköisesti myös joustavuutta sekä kustannusten siirtoa kuvaavia mittareita pystytään hyödyntämään sellaisenaan niissä palveluketjuissa, joissa vastaavaa toimintaa esiintyy. Palveluketjun toteuttaminen sovitusti puolestaan sisältää palveluketjuspesifejä mittareita. Päiväkirurgisten

leikkausten potilasaines määritellään tekonivelpotilaiden näyttöön perustuvan tiedon kautta ja konsultaatioiden käsittelyssä on omat tietyt aikarajansa ja sisältömerkintäkoodinsa.

Mittariehdotelma ei syntynyt projektinomaisen työskentelyn kautta vaiheittain, kuten teoriaosassa esitettiin. Tutkimustulokset ovatkin maakuntavalmistelijan arviointia lukuun ottamatta enemmän ja vähemmän maallikkonäkemyksiä monitahoisen palveluketjun seuraamiseksi. Laadukkaampien tulosten saaminen olisi edellyttänyt aidosti projektimuotoista työskentelyä ja substanssiasiantuntijoiden tiivistä mukanaoloa läpi tutkimuksen. Varsinaisen projektin luominen tutkimuksen toteuttamiseksi ei kuitenkaan nykyisessä epävarmuuden ja jatkuvien poliittisten muutosten tilanteessa olisi ollut perusteltua.

Sosiaalitoimen käytännön työn toteuttajia ei saatu tutkimukseen haastateltaviksi lukuisista yrityksistä huolimatta. Tämän johdosta sosiaalitoimen osa-alueen käsittely jäi hyvin pintapuoliseksi tekonivelpotilaan hoidon osalta. Sosiaalitoimi on terveydenhuollosta poikkeavaa toimintaa, joten palveluketjun substanssiasiantuntijoiden haastattelemisen olisi ollut välttämättömyys riittävän ymmärryksen saavuttamiseksi. Maakuntavalmistelija I:n ylemmän tason asiantuntijuuden perusteella pystyttiin kuitenkin määrittelemään kokonaisuuksia, joiden mittaaminen koetaan kiinnostavaksi.

6 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä tutkimuksessa keskityttiin yhteen Keski-Suomen maakunnan kannalta merkittävään palveluketjuun. Palveluketjun taustalla oleva sairaus on sekä kansanterveydellisesti merkittävä että volyymiltään huomattava kokonaisuus maakunnan alueella. Tutkimuksen tavoitteena oli hahmottaa alueellisen sosiaali- ja terveystalouden järjestäjän tietotarpeita pohjautuen käynnissä olleeseen maakuntavalmistelutyöhön. Tämän pohjalta luotiin tekonivelpotilaan palveluketjulle suorituskykymittareita palveluketjun prosessin seurantaan varten.

Tutkimuksen tuloksena löydettiin viisi mittaamisen teemaa: palveluketjun tunteminen, joustavuus, kustannusten siirto, palveluketjun toteuttaminen sovitusti ja palveluketjun sujuvuus. Kutakin teemaa kuvaamaan muodostettiin yhdestä kahteen mittaria. Mittareiden käyttöä ja hyödyllisyyttä ei voida tarkasti vielä arvioida, sillä sosiaali- ja terveysuudistuksen valmistelu jatkuu alkavalla hallituskaudella uuden hallituksen määrittelemistä lähtökohdista eikä tulevan alueellisen toimijan rooleista ole tarkkaa tietoa.

Tulosten vertaaminen aiempiin tutkimuksiin on haasteellista, sillä samoista lähtökohdista tehtyä tutkimusta on aihealueen ajankohtaisuuden vuoksi vähän, eikä organisaatorajat ylittävien palveluketjujen seurantaan liittyvää järjestelmää ole tieteellisissä tutkimuksissa juurikaan kehitetty (Ignone ym. 2013, 86). Kansallisella tasolla mittaristoehdotuksen on toteuttanut muun muassa vaikuttavuus- ja kustannustietoryhmä. Sen lopputuloksena ehdotettiin yhteensä yli 600 mittaria maakuntien ja valtion seurantaan varten. Joukossa oli myös suoraan tekonivelpotilaan hoitoon liittyviä mittareita, mutta ne keskittyivät ainoastaan vaikuttavuuden seurantaan. Muut palveluketjun toimivuuteen liittyvät mittarit tarkastelevat toimintaa hyvin yleisellä tasolla eivätkä ne ole palveluketjukohtaisia. (”SOTE-KUVA-mittariston luonnos”.) Tässä tutkimuksessa lähdettiin liikkeelle Keski-Suomessa määritellyistä toimintatavoista tekonivelpotilaan hoidossa ja asetettiin mittarit täysin määritellyn toiminnan lähtökohdista. Tieteelliset tutkimukset keskittyvät hoitoketjun seuraamiseen pääosin yhden tuottajan, esimerkiksi sairaalan, näkökulmasta.

Purbey ym. (2007) korostavat joustavuuden mittaamista osana terveydenhuollon suorituskykyä. Heidän mukaansa joustavuus kuvaa järjestelmän kykyä vastata toiminnan monimuotoisuuteen ja muutoksiin ja sitä voidaan tarkastella muun muassa sillä, kuinka helposti kyetään luomaan joko uusia toimintamuotoja tai laajentamaan olemassa olevia toimintatapoja vastaamaan paremmin hoidon vaatimuksiin (emt. 248). Tässä tutkimuksessa joustavuusteeman voidaan nähdä liittyvän vastaavaan toimintamuotojen laajentamiseen ja käyttöönottoon. Tutkimustulosten mukaan esimerkiksi erikoissairaanhoidon pitäisi pystyä ottamaan suurempaa roolia kuntoutuvan tekonivelpotilaan sosiaalitoimen palvelujen suunnittelun käynnistämisessä.

Souissi & Itoh (2018) sisällyttivät tutkimuksessaan prosessinäkökulman tarkastelukohteiksi tehokkaat hoitoketjut ja työnkulun, jota he seurasivat muun muassa palveluiden tavoitteiden noudattamista mittaamalla. Tässä tutkimuksessa todettiin palveluketjun sovitun toteutumisen olevan yksi tärkeä mittausteema, mikä voidaan nähdä verrokkina palveluiden tavoitteiden noudattamisen mittaamiselle. Souissin & Itohin (2018) tutkimustulosten osittaisen salaamisen vuoksi tarkempaa vertailua itse mittareihin ei pystytäkään esittämään.

Kustannusten siirtämisen ja palveluketjun tuntemisen teemoja vastaavissa tutkimuksissa ei sen sijaan esiintynyt. Koska nämä teemat liittyvät vahvasti organisaatorajat ylittävän hoitoketjun mittaamiseen, eikä tutkimuskirjallisuudessa ole tarkasteltu hoito- ja palveluketjuja yli organisaatorajojen, ei vertailukohtaa teemoille kyetty löytämään. Terveydenhuolto on myös järjestetty eri maissa eri tavoin, joten vastaavia palveluketjujen haasteita ei välttämättä kaikkialla pääse edes syntymään, niitä ei ole tunnistettu tai niitä ei muutoin koeta ongelmiksi, joita tulisi seurata.

Konstruktivisen tutkimuksen edellyttämä mittareiden testaaminen jäi tässä työssä ainoastaan heikon markkinatestin varaan, sillä käytännön testaaminen ei tällä hetkellä ole vielä mahdollista alueellisen sote-toimijan ollessa vasta rakenteilla. Tutkimuksessa nousseista mittauksen tema-alueista ja näitä kuvaavista mittareista pyydettiin arviota ja kommentteja maakuntavalmistelijalta. Hänen näkemyksensä mukaan teemat ovat hyviä ja tulevaisuudessa tärkeitä mittauskohteita. Myös mittarit arvioitiin hyviksi. Maakuntavalmistelijalla ei luonnollisesti voi olla tulosvastuullinen taho organisaatiossa, jota ei toistaiseksi ole vielä olemassa, mutta hänen aihealueen tietämyksensä,

ammattitaitonsa sekä tulosvastuullisuutensa vastaavassa tehtävässä toisaalla tekee hänestä heikkoa markkinatestiä vastaavan potentiaalisen konstruktion hyödyntäjän. Luotujen prosessimittareiden voidaan siis katsoa tulleen testatuiksi ja niiden hyödyllisyyden todennetuksi.

Heikon markkinatestin läpäisy kuvastaa osaltaan tutkimuksen validiteettia. Validiteetista kertoo myös eri haastatteluissa toistuvat samankaltaisuudet. Haastatteluissa on onnistuttu keskittymään palveluketjun kannalta oikeisiin haasteisiin ja vangitsemaan nämä mittauksen teemoiksi. Tutkimuksen mitattavat kohteet vastaavat myös teoriaosuudessa määriteltäviä prosessinäkökulmaa. Vertailussa tulee huomioida, että teoriamallit ovat varsin vanhoja, eivätkä voi ottaa huomioon alueellisen sote-toimijan tietotarpeita. Ne lähtevät liikkeelle enemmän tuottajanäkökulmasta kuin järjestämistehtävää toteuttavan tahon näkökulmasta. Toisaalta varsinaisia uusia teoriomalleja vastaavaan toimintaan ei juuri ole luotu viimeaikoina.

Tutkimuksen reliabiliteetin arvioiminen on vaikeampaa. Syvällisemmän tutkimuksen avulla kohteena olevasta palveluketjusta olisi varmasti mahdollista löytää muitakin kriittisiä kohtia kuin mitä tässä tutkimuksessa on tullut ilmi. Koska tutkimuksessa mittauksen keskeiset teemat muodostuivat aiheista, jotka toistuivat haastattelusta toiseen, nousisivat samat teemat todennäköisesti esiin toistettaessa tutkimus. On myös huomioitava, että prosessinäkökulma on vaikeasti määriteltävä mittariston osa-alue. Kuten todettua, osan mittareista voidaan nähdä kuvastavan myös jotain toista osa-aluetta. Joku toinen taho olisi saattanut antaa prosessin mittaamisessa enemmän painoarvoa esimerkiksi rahamääräiselle mittaamiselle.

Tutkimuksessa ei kyetty muotoilemaan selkeitä mittareita sosiaalitoimen palvelualalle. Sosiaalitoimen palveluiden tuotteistamisen on vielä kesken ja sen rooli osana palveluketjuja on edelleen irtonainen hyvistä pyrkimyksistä ja kehitysyrityksistä huolimatta. Tulevassa palveluketjujen kehitystyössä tuleekin ottaa sosiaalitoimi yhä vahvemmin mukaan osaksi toimintaa.

Tutkimuksessa löydettyjä prosessinäkökulman tiedon tarpeen teemoja voidaan todennäköisesti yleistää myös muihin palveluketjuihin varsin hyvin. Yksittäisistä mittareista osaa voidaan niin ikään yleistää muihinkin palveluketjuihin osan ollessa

vahvasti palveluketjusedonniaisia. Kun tulevan alueellisen toimijan rooli ja vastuut on määritelty ja potilasinformaatio palveluketjun osalta on löydettävissä yhdestä järjestelmästä, voitaisiin jatkotutkimuksissa konkreettisesti testata mittareita todellisella datalla ja arvioida tarkemmin, millaista hyötyä niistä alueellisen toimijan kannalta olisi. Myös sosiaalitoimen osuutta ja luonnetta osana palveluketjuja olisi syytä tutkia enemmän. Miten sosiaalitoimi konkreettisesti eroaa terveydenhuollon toiminnasta ja miten tämä tulee ottaa huomioon palveluketjuja suunnitellessa? Miten sosiaalitoimen toimintaa voidaan mitata tuotteistusta apuna käyttäen? Vaikka sosiaalitoimessa ajatellaan osittain laajemmin palveluketjurajojenkin yli, olisi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kytkentöjen kannalta tärkeää tunnistaa myös niitä tekijöitä, joilla sosiaalitoimi voidaan nähdä osana yksittäisiä palveluketjuja.

Maakuntavalmistelijoiden haastatteluissa toistui sanoma siitä, että palveluketjut eivät voi toimia optimaalisesti perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen keskinäisellä yhteistyöllä. Yhdelläkään erillisistä toiminnan järjestäjistä ei ole ylivaltaa toisiinsa nähden ja asioita joudutaan katsomaan aina oman organisaation näkökulmasta, vaikka taustalla olisikin pyrkimys potilaan parhaaksi toimimiseen. Sosiaali- ja terveysuudistuksen valmistelu jatkuu uuden hallituksen linjausten mukaisesti, eikä sosiaali- ja terveyspalveluiden tulevasta rakenteesta esimerkiksi järjestämisen ja tuottamisen suhteen voida olla täysin varmoja. Perusajatus järjestämistehtävän siirtämisestä suuremman toimijan vastuulle on maakuntavalmistelijoiden mukaan kuitenkin selvää. Integraation syventäminen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen välillä vaatii onnistuakseen ylhäältäpäin osoitettua kontrollia ja koko palveluketjun läpi katsomaan kykenevää asiakaslähtöistä ajattelua. Tähän tehtävään tarvitaan nykyistä laajempaa alueellista sosiaali- ja terveyspalveluiden toimijaa ja tämä toimija tarvitsee entistä syvällisempää tietoa toteuttaakseen tehtävänsä.

LÄHTEET

Kirjallisuus

- Ahoniemi, E., Arokoski, J., Mikkelsen, M., Pohjolainen, T. & Viikari-Juntura, E. (2015). *Fysiatría*. 5. uud. p. Helsinki: Duodecim.
- Alaranta, H., Martio, J. & Österman, K. (1991). Nivelrikko. Espoo: Roche.
- Astrini, N. J., & Sumaedi, S. (2014). Performance Measurement in Public Healthcare Service Sector. *International Journal of Performance Measurement*. 4:2, 1–26.
- Atkinson, A.A, Kaplan, R.S., Matsumura, E.M. ja Young, S.M. (2007). *Management Accounting*. Fifth Edition. Pearson Education Ltd.
- Eskelinen, A. & Remes, V. (2015). *Hyvä hoito lonkan ja polven tekonivelkirurgiassa*. 2015. Oulu: Suomen Artroplastiayhdistys.
- Catuogno, S., Arena, C., Saggese, S., & Sarto, F. (2017). Balanced performance measurement in research hospitals: the participative case study of a haematology department. *BMC Health Services Research*. 17, 1–11.
- Comacchio, A., Campioni, M. & Bonin, M. *From Measuring the Past to Strategically Framing Challenges in the Healthcare Sector: The Role of the Balance Scorecard*. Department of Management, Università Ca' Foscari Venezia. Working Paper No. 2017/15.
- Hannula, M., & Lönnqvist, A. (2002). *Suorituskyvyn mittauksen käsitteet, Concepts of performance measurement*. Helsinki: MET Metalliteollisuuden keskusliitto.
- Hannus, J. (1994). *Prosessijohtaminen – Ydinprosessien uudistaminen ja yrityksen suorituskyky*. 4. painos. Espoo: HM&V Research Oy.
- Hannus, J. (2004). *Strategisen menestyksen avaimet: Tehokkaat strategiat, kyvykkyydet ja toimintamallit*. Jyväskylä: Gummeruksen kirjapaino.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2008). *Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Ignone, G., Mossa, G., Mummolo, G., Pilolli, R. & Ranieri, L. (2013) Increasing public healthcare network performance by de-hospitalization: A patient pathway perspective. *Strategic Outsourcing: An International Journal*. 6:1, 85-107.
- Junnila, M., Aho, T., Fredriksson, S., Keskimäki, I., Lehto, J., Linna, M., Miettinen, S. & Tynkkynen, L. (2012). *Sitä saa mitä tilaa: Tilaaja-tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveyspalveluissa*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kankkunen, K. (2005). *Mittareilla menestykseen: Sokkolennosta hallittuun nousuun*. Helsinki: Talentum.

Kaplan, R., Norton, P. (1992). The balanced scorecard – Measures that Drive Performance. *Harvard Business Review*. 70:1, 71–79.

Kasanen E., Lukka K. & Siitonen A. (1991). Konstruktiivinen tutkimusote liiketaloustieteessä. *Liiketaloudellinen aikakauskirja*. 40:3, 301–329.

Keinänen, M., Koivuranta-Vaara, P., Kokko, P., Komulainen, J., Roine, R., Vuorenkoski, L. & Vohlonen, I. (2017). *Miksi Suomessa ei seurata terveysterveystoimien tuotettua terveyshyötyä?: Tuloksia Utilis Sanitas hankkeesta = Why isn't the health gain of supplied health services monitored in Finland?* Kuopio: University of Eastern Finland, School of Medicine, Institute of Public Health and Clinical Nutrition.

Kiviranta, I. & Järvinen, M. (2012). *Ortopedia*. Helsinki: Kandidaattikustannus.

Klemola, K. (2015). *Tuottavuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointi alueellisesti integroiduissa sosiaali- ja terveystoimissa – palvelujen käyttöön perustuva malli ja esimerkkejä*. Lappeenranta: teknillinen yliopisto.

Kukkonen, J. (2005). *Terveystoimien vaikuttavuuden arviointi rutiinista kerätyn tiedon pohjalta: An evaluation of the effectiveness of public health services on the basis of routinely collected data*. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Laamanen, K. (2009). *Johda liiketoimintaa prosessien verkkona: Ideasta käytäntöön*. Helsinki: Laatu keskus.

Laitinen, E. K. (1998). *Yritystoiminnan uudet mittarit*. Helsinki: Yrityksen tietokirjat.

Lillrank, P. M., Kujala, J. & Parvinen, P. (2004). *Keskeneräinen potilas: Terveystoimien tuotannon ohjaus*. Helsinki: Talentum.

Lumijärvi, I. (1999). *Tasapainotetun mittariston malli ja kunta-alan tuloksellisuusarviointi*. Helsinki: Työturvallisuuskeskus.

Lönnqvist, A., Kujansivu, P. & Antikainen, R. (2006). *Suorituskyvyn mittaaminen: Tunnusluvut asiantuntijaorganisaation johtamisvälineenä*. 2. uud. p. Helsinki: Edita.

Lönnqvist, A., Jääskeläinen, A., Kujansivu, P., Käpylä, J., Laiho, H., Sillanpää, V. & Vuolle, M. (2010). *Palvelutuotannon mittaaminen johtamisen välineenä*. Tietosanoma Oy.

Malmi, T., Peltola, J. & Toivanen, J. (2006). *Balanced scorecard: Rakenna ja sovelleta tehokkaasti*. 5. uud. p. Helsinki: Talentum.

Meklin, P. 1991. *Valtiontalouden perusteet*. Helsinki: Valtionhallinnon kehittämiskeskus.

Määttä, S. & Ojala, T. 2001. *Tasapainoisen onnistumisen haaste: johtaminen julkisella sektorilla ja Balanced Scorecard*. Helsinki: Oy Edita Ab.

- Möttönen, S. (2014). *Sosiaali- ja terveyspalveluiden uusi ohjausjärjestelmä*. Suomen kuntaliiton verkkojulkaisu. Viitattu 16.5.2019. Saatavana: <
http://shop.kuntaliitto.fi/product_details.php?p=3077>
- Nani, A. J., Dixon, J. R. & Vollmann, T.E. (1990). Strategic control and performance measurement. *Journal of Cost Management*. 1990.
- Neely, A. (1998). *Measuring business performance - Why, what and how*. The Economist Books. Profile Books Ltd.
- Neilimo, K. & Näsi, J. (1980). *Nomoteettinen tutkimusote ja suomalainen yrityksen taloustiede: Tutkimus positivismiin soveltamisesta*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Nuti, S., Noto, G., Vola, F., & Vainieri, M. (2018). Let's play the patients music. *Management Decision*. 56:10, 2252–2272.
- Nuutinen, M. (2017). Sote-uudistus haastaa hoitoketjut. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 133, 1288– 1290.
- Näsi, S., Hokkanen, A. & Latvanen, J. (2001). Johdon laskentatoimen hyväksikäyttö ja kehittämistarpeet erilaisissa kunnallisissa toimintayksiköissä. *Jyväskylän yliopiston Taloustieteiden tiedekunnan julkaisuja* 125/2001. Jyväskylä.
- Pekkola, S. (2006). *Suorituskyvyn menestyksellinen ohjaaminen organisaatiossa*. Lahti: Lappeenrannan teknillinen yliopisto, Lahden yksikkö.
- Purbey, S., Mukherjee & K., Bhar, C. (2007) Performance measurement system for healthcare processes. *International Journal of Productivity and Performance Management*. 56:3, 241-251.
- Rantanen, H. & Holtari, J. (1999). *Yrityksen suorituskyvyn analysointi*. Tutkimusraportti. Lahti: LTKK Lahden yksikkö.
- Rautiainen, A. 2004. *Kuntien suorituksen mittaus ja tuloksellisuuskäsitteistö: arviointi ja kehittäminen*. Licensiaatin tutkimus. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, taloustieteiden tiedekunta.
- Silvennoinen-Nuora, L. 2004. *Hoitoketjut ja vaikuttavuus – vaikuttavuuden arviointi reumapotilaan hoitoketjussa*. Licensiaatin tutkimus. Tampereen yliopisto.
- Silvennoinen-Nuora, L. 2010. *Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa: Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin*. Tampereen yliopisto
- Souissi, M. & Ito, K. (2018). Implementing and Cascading the Balanced Scorecard: The Case of a Danish Hospital. *Journal of Accounting, Ethics and Public Policy*. 19:2, 2018.
- Tanttu, K. (2007). *Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa: Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta*. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2016). *Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiluonnoksen vaikutusten ennakkoarviointi 30.6.2016*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Uotila, J. Ojala, R. Kukko S. Laihonon, H. Nieminen, K. & Tomas, E. 2015. Mittariston kehittäminen hoitoprosessin arvioimiseksi. *Suomen lääkäri-lehti*. 50-55, 3465–3473.

Uusitalo, H. (1991). *Tiede, tutkimus ja tutkielma: Johdatus tutkielman maailmaan*. Porvoo ; Helsinki ; Juva: WSOY.

Vainikainen, T. (2010). *Nivelkirja: Nivelrikon ehkäisy, tekonivelleikkaus ja kuntoutuminen*. Helsinki: WSOY.

van der Meer-Kooistra, J., & Scapens, R. W. (2008). The governance of lateral relations between and within organisations. *Management Accounting Research*. 19:4, 365–384.

Wallin, J. (1989). *Tulosjohtamista ja tulosbudjetointia tukeva laskentatoimi*. Valtiokonttori. Valtion painatuskeskus. Helsinki.

Muut lähteet

Kannus, P. (2016). ”*Liikunta ja nivelrikko*”. Viitattu 4.6.2019. Saatavana <<http://www.ukkinstituutti.fi/terveysliikuntauutiset/liikunta-ja-nivelrikko>>

”*Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hoitoketjut*”. (2016). KSSHP. Viitattu 16.5.2019. Saatavana <<https://www.ksshp.fi/fi-FI/Ammattilaiselle/Hoitoketjut>>

Keski-Suomi 2021. (2019). *Projektikuvaus: Järjestämistehtävien valmistelu*. Viitattu 17.5.2019. Saatavana <<http://www.ks2021.fi/wp-content/uploads/2019/05/jarjestaminen.pdf>>

Ketola, E., Mäntyranta, T., Mäkinen, R., Voipio-Pulkki, L-M., Kaila, M., Tulonen-Tapio, J., Nuutinen, M., Aalto, P., Kortekangas, P., Brander, P. & Komulainen, J. (2006) *Hoitosuosituksesta hoitoketjuksi – opas hoitoketjun laatimiseen ja toimeenpanoon*. Viitattu 31.10.2018. Saatavana <<http://www.kaypahoito.fi/documents/10184/12754/Hoito-suosituksesta-hoitoketjuksi.pdf>>

Nivelrikko. (2011). Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 14.5.2019. Saatavana <<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2011/14/duo99652>>

Nuutinen, M. (2000). *Hoitoketju*. Viitattu 16.5.2019. Saatavana <<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2000/17/duo91721>>

”*Ortopedia ja traumatologia*” (2014). KSSHP. Viitattu 20.5.2019. Saatavana <[https://www.ksshp.fi/fi-FI/Potilaille/Erikoisalat/Kirurgia/Ortopedia_ja_traumatologia\(43953\)](https://www.ksshp.fi/fi-FI/Potilaille/Erikoisalat/Kirurgia/Ortopedia_ja_traumatologia(43953))>

"*Palvelualueet*". (2018). KSSHP. Viitattu 20.5.2019. Saatavana
<<https://www.ksshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Palvelualueet>>

Pamilo, K., Kinnunen, M., Moisander, A., Peltola, H., Nieminen, S., Pekkilä, J.,
Lehtonen, J., Kumpulainen, M., Rautiainen, O. & Rantamäki, M. 2019.
Tekonivelpotilaan hoitoketju. Viitattu 13.5.2019. Saatavana
<[https://www.terveysportti.fi/xmedia/shp/shp01285/ETUSIVU_TEKONIVELPOTILA
AN_HOITOKETJU.html](https://www.terveysportti.fi/xmedia/shp/shp01285/ETUSIVU_TEKONIVELPOTILAAN_HOITOKETJU.html)>

Pohjolainen, T. (2018). Nivelrikko (artroosi). *Lääkärikirja Duodecim*. Viitattu
14.5.2019. Saatavana
<https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00673>

"*Polvi- ja lonkkanivelrikko Käypä hoito -suositus.*" (2018). Suomalaisen Lääkäriseuran
Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki:
Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. viitattu 14.5.2019. Saatavana
<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50054>>

"*Sosiaali- ja terveystalouden tuottajat*". Alueuudistus.fi Viitattu 19.5.2019.
Saatavana <<https://alueuudistus.fi/palveluntuottajat>>

"*Sosiaali- ja terveystaloudet*". Alueuudistus.fi. Viitattu 17.5.2018.
<<https://alueuudistus.fi/palvelut-ja-valinnanvapaus>>

"*SOTE-KUVA-mittariston luonnos*". (2018). Alueuudistus.fi. Viitattu 16.5.2019.
Saatavana <<https://alueuudistus.fi/tietojohdaminen>>

"*Sote-uudistuksen tavoitteet*" Alueuudistus.fi. Viitattu 17.5.2019. Saatavana
<<https://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet>>

Suomen lääkariliitto. (2016). *Terveystalouden laadun kokonaisvaltainen mittaaminen
osana sote-uudistusta – Lääkariliiton suuntaviivat*. Viitattu 11.3.2019. Saatavana <
[https://www.laakariliitto.fi/uutiset/linjauksia/terveydenhuollon-laadun-
kokonaisvaltainen-mittaaminen-osana-sote-uudistusta-laakariliiton-suuntaviivat](https://www.laakariliitto.fi/uutiset/linjauksia/terveydenhuollon-laadun-kokonaisvaltainen-mittaaminen-osana-sote-uudistusta-laakariliiton-suuntaviivat)>

"*Tekonivelpotilaan hoitoketjun optimointi -projektin projektisuunnitelma*". Keski-
Suomen sairaanhoitopiiri. 2017. Julkaisematon. Aineisto tekijän hallussa.

"*Toimijat uudessa sote- ja maakuntarakenteessa -kuva tekstinä*". Viitattu 19.5.2019.
Saatavana <[https://alueuudistus.fi/toimijat-uudessa-maakunta-ja-sote-rakenteessa-kuva-
tekstina](https://alueuudistus.fi/toimijat-uudessa-maakunta-ja-sote-rakenteessa-kuva-tekstina)>

LIITTEET

LIITE 1: Haastattelurunko ortopedi ja perusterveydenhuollon lääkäri

Hoitoketjun kulku

- Kerro hoitoketjun päävaiheista lyhyesti osa-alueellasi
- Mitkä ovat kriittisimmät tekijät/pullonkaulat hoitoketjun toiminnassa?
- Mitä/millaisia resursseja hoitoketju vaatii toimiakseen? Mitkä tekijät rajoittavat toimintaa eniten?

Yhteistyö ja vastuunjako organisaatioiden välillä potilaan hoitoketjussa

- Kerro osa-alueesi ja seuraavan/edellisen osa-alueen rajapinnassa tapahtuvasta toiminnasta.
- Mahdollinen yhteistyö eri erikoisalojen välillä hoitoketjussa.

Nykyiset käytössä olevat mittauksen osa-alueet ja mittarit

- Miten hoitoketjun toimintaa seurataan tällä hetkellä?
- Millaisia mittareita seurantaan käytetään?
- Onko mittareilla jotain sallittuja vaihteluvälejä tai viitearvoja?
- Kuinka usein mittaritarkastelua tehdään?
- Onko hoitoketjussa jotain sellaisia kohtia tai ominaispiirteitä, joita ei tällä hetkellä seurata, mutta joita olisi syytä mitata esimerkiksi koko hoitoketjun vaikuttavuuden tai laadun kannalta? (esim. varhaiseen mobilisointiin liittyen)

Hoitoketju hoitoprosessin ohjaamisen välineenä laajemman järjestäjän/tuottajan näkökulmasta

- Miten hoitoketjua käytetään apuna prosessin ohjaamiseen/johtamiseen?
- Kuka/ketkä/mikä taho vastaa tällä hetkellä hoitoprosessin ohjaamisesta? Mitä se konkreettisesti tarkoittaa?
- Millaisia mahdollisuuksia nähdäksesi laajemmalla järjestäjällä/tuottajalla olisi hoitoketjun ohjaamisessa?
- Millaista tietoa sinä kaipaisit prosessista järjestäjän/tuottajan/rahoittajan asemassa?

- Onko hoitoketjussa kohtia tai ominaisuuksia, joita ei tällä hetkellä mitata, mutta joita laajemman järjestäjän/tuottajan näkökulmasta tulisi ehkä seurata?
- Aiemmassa lakiehdotuksessa määriteltiin esimerkiksi, että maakunta järjestäjänä määritteli, mitä palveluja tuotetaan ja minkä tasoinen laatu kelpuutetaan. Potilaan on myös saatava yhtä hyvää hoitoa paikasta ja toimijasta riippumatta. Tukevatko nykyiset mittarit tällaista seurantaa?

LIITE 2: Haastattelurunko perusterveydenhuollon hoitaja

Hoitoketjun toiminta

- Kerro lyhyesti omasta työstäsi osana hoitoketjua
- Miten hoitoketju perusterveydenhuollon osalta on järjestetty? Mitä siinä tapahtuu?

Hoitoketjun kriittiset kohdat

- Mitä kriittisiä kohtia hoitoketjun toiminnassa tunnistat?
- Mikä toimii hyvin tai aiheuttaa haasteita hoitoketjun toteuttamisessa?
- Miten hoitoketjutyö eri osa-alueiden (erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen) kanssa sujuu?

LIITE 3: Haastattelurunko erikoissairaanhoidon hoitaja

Hoitoketjun haasteet

- Millaisia haasteita, esteitä tai epätehokkaita toimintatapoja olet havainnut hoitoketjutyössä?
- Miten nämä vaikuttavat hoitoketjun toteuttamiseen?
- Näetkö haasteita tai ongelmia eri osa-alueiden (erikoissairaanhoido, perusterveydenhuolto, sosiaalitoimi) välisessä yhteistyössä?
- Näetkö hoitoketjussa ongelmakohtia potilaan näkökulmasta?

LIITE 4: Haastattelurunko maakuntavalmisteliija I

Osa-alueiden välinen integraatio

- Miten sosiaalitoimen integraatio perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon on edennyt? Mitä hyötyjä integraatiosta on potilaan/järjestelmän kannalta? Mitä hyötyjä sosiaalitoimen osa-alueen kannalta? Miten tiiviimmän yhteistyö muiden toimijoiden kanssa voi huomata?

Hoitoketjut sosiaalityössä

- Miten hoitoketjut näyttäytyvät sosiaalityössä? Miten sosiaalitoimi tulisi siis nähdä yksittäisen hoitoketjun osana?

Maakuntatason tiedontarve sosiaalitoimen osalta

- Jos ajatellaan sosiaalitoimea osana tekonivelpotilaan hoitoketjua (tai vastaavaa), millaista tietoa maakuntatasolla voisi olla mielenkiintoista/hyödyllistä seurata sosiaalitoimen osalta?

LIITE 5: Haastattelurunko maakuntavalmisteliija II

Maakunnan tietotarpeet ja palveluketjut:

- Mikä roolisi on ollut osana maakunnan selvitystyötä?
- Järjestäjän tietotarpeita on pohdittu sekä valtakunnallisesti että paikallisesti.
- Mihin valtakunnallisessa ja paikallisessa valmistelussa keskityttiin?
- Palveluketjut ovat lähtökohtaisesti alueellisia sopimuksia hoidon järjestämisestä yhdenmukaisella tavalla. Mikä alueellisten palveluketjujen merkitys olisi ollut maakunnan näkökulmasta?
- Kuinka tarkasti maakuntajärjestäjä olisi seurannut yksittäistä palveluketjuja?
- Kuka palveluketjujen seurantaa olisi toteuttanut?
- Mitkä seikat maakuntaa olisivat kiinnostaneet yksittäisen palveluketjun osalta?
- Millaisia mahdollisuuksia järjestäjällä olisi ollut ohjata toimintaa? Olisiko järjestäjä voinut esim. vaikuttaa henkilöresurssien jakautumiseen?

Alueellinen integraatio

- Mitä alueellinen integraatio erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen osalta tarkoittaa maakunnan näkökulmasta? Mitä mahdollisuuksia se luo?
- Millainen on integraation nykytila Keski-Suomessa?
- Mistä integraation toimivuuden tai toimimattomuuden voisi huomata?

Arvailuja tulevasta

- Näetkö SDP:n kaavailemalla sote-kuntamallilla mahdollisuuksia toimia? Mitkä sen konkreettiset erot kuopattuun sote-uudistukseen ovat? Voiko alueellinen toimija, joka on sekä järjestäjä että tuottaja, myös olla toimiva ratkaisu?